

3 1761 11764319 7





Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117643197>

CAI
HW
- A 51

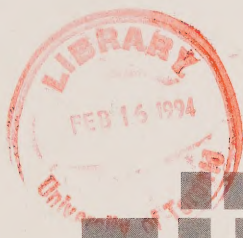


Health Canada Santé
Canada Canada

237

Government
Publications

Canada Health Act Annual Report 1992-1993



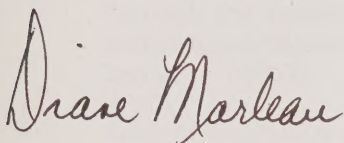
Canada

*His Excellency, the Right Honourable Ramon John Hnatyshyn,
Governor General and Commander-in-Chief of Canada*

May it please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1993.

Respectfully submitted,

A handwritten signature in dark ink, reading "Diane Marleau". The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial "D".

Diane Marleau
Minister of National Health and Welfare



Table of Contents

	Page
Introduction	4
<i>Canada Health Act Overview</i>	
Criteria	5
Conditions	6
Other	6
Regulations	7
Federal Contributions and Payments	
Federal-Provincial Health Financing Arrangements	8
Contributions and Payments to the Provinces	8
Table I	
Provincial and Territorial Entitlements in respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services — 1992-93	10
Table II	
Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements in respect of Federal Contributions to Health Care Services	11
Table III	
Cash Payments in respect of Health Care Contributions Programs — 1992-93	12
Extra-Billing/User Charges Provisions	13
<i>Canada Health Act</i> - Administration	13
Information	14
Provincial and Territorial Health Care Insurance Plans	
Events/Changes	15
Newfoundland	20
Prince Edward Island	24
Nova Scotia	28
New Brunswick	32
Quebec	36
Ontario	40
Manitoba	44
Saskatchewan	48
Alberta	52
British Columbia	57
Yukon	62
Northwest Territories	65

Introduction

The *Canada Health Act* received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The *Act*, which came into force on April 1, 1984, repealed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*. Consequential amendments were made to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (EPF Act)*, including the change of its name to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977 (Act of 1977)*.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in section 23 of the *Canada Health Act*, namely that

"The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act, and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed."

Provinces,* which are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the *Act*, have supplied information on the operation of their health care plans as they relate to the criteria and conditions of the *Act*.

Much of this report contains a province-by-province description of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. As well, in order to further fulfil the conditions of the *Act*, the activities with regard to extended health care services are described at the end of each provincial section.

The report also describes such areas as the key provisions of the *Act*, the federal administration of the *Act*, the consultation process and the federal-provincial financing arrangements. One section focuses on selected developments that occurred in the fiscal year 1992-93, with regard to changes in the provincial health insurance plans.

With respect to quantitative information, detailed information of this nature is available through such sources as the Policy and Consultation Branch of Health Canada, and Statistics Canada.

*Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

Canada Health Act Overview

The purpose of the *Canada Health Act* is to

"establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law."

These criteria, conditions and provisions relating to extra-billing and user charges are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the *Act*. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS.

The insured health services defined by the *Canada Health Act* include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Under the *Canada Health Act*, extended health care services (EHCS) payments are made in respect of nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are age 65 years and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the *Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977)* in each fiscal year are:

Criteria

a) *Public Administration*

Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

b) *Comprehensiveness*

Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners, or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

c) *Universality*

Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

d) *Portability*

In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months.

For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

- insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services; and
- services out-of-country are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province. Prior approval may also be required for elective services.

e) *Accessibility*

By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

- insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;
- reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered; and
- payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

- the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this *Act*, and may prescribe in regulations; and
- the appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in regulations.

Other

There are also provisions relating to extra-billing and user charges, and these are described in sections 18 and 19.

The *Canada Health Act* also prescribes a consultation process in the case of compliance questions concerning the criteria or the information and visibility conditions. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province of his concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The *Act* provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

a) *Extended Health Care Services*

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the *Act* as "extended health care services". The *Act* requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made in this respect, unless the regulations are substantially the same as those made under the *Act of 1977*.

b) *Hospital Services Exclusions*

Hospital Services are defined in the *Act* (section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulations.

Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the *Canada Health Act* would be to embody established precedents and list those services that may be delivered in a hospital setting but that would not be considered insured hospital services.

Under the *Canada Health Act*, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions.

c) *Information*

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the *Act*, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are the only regulations promulgated to date.

d) *Recognition of Contributions and Payments by Canada*

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the *Act*. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

Federal Contributions and Payments

Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. Under the *Act*, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions (\$536.14 per capita in 1992-93) escalated annually. The escalator, a three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita, is applied to the 1975-76 federal contributions per capita to provincial hospital and medical insurance plans, then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

In recent years, adjustments have been made to the escalator because of the need to restrain federal expenditures. In 1986-87, Established Programs Financing (EPF) growth was limited to the rate of growth as determined by the escalator, less two percentage points. The February 20, 1990, federal budget froze per capita transfers for 1990-91 and 1991-92 at the 1989-90 level. This meant that the transfer payments for 1990-91 and 1991-92 would be adjusted according to changes in the population of each province, or an estimated one percent increase nationally. The February 26, 1991, budget further extended this freeze at the 1989-90 level to 1994-95. Beginning in 1995-96, the growth of the contributions will be calculated in accordance with the escalator, less three percentage points. Increases will be guaranteed not to fall below the rate of inflation.

Health contributions to the provinces consist of both a cash transfer and an equalized tax transfer. Under EPF, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec, an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the *Act* as a special abatement originating under the *Established Programs (Interim Arrangements) Act*.

In order to determine cash amounts payable to the provinces for health care, the total value of the tax transfer is first determined. This equalized tax transfer is then subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference is paid in the form of a monthly cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*.

Provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services. These services are defined in the *Canada Health Act*. This payment, which was initially set at \$20 per capita for 1977-78, is escalated annually by the same escalator applied to the health contributions. In 1992-93, this payment was \$51.51 (part of the \$536.14 per capita contribution mentioned above). It is payable to the provinces provided the two conditions of information and recognition set out in the *Canada Health Act* are satisfied.

Contributions and Payments to the Provinces

The following tables depict the federal health contributions to which provinces are entitled in terms of cash and tax transfers, and the actual value of cash contributions made in 1992-93.

Table I presents the amounts of federal contributions to which provinces were entitled for fiscal year 1992-93. These are advance figures, since all the information required to calculate actual provincial entitlements will not be available until 1995.

Table II provides the current status of provincial annual entitlements. These amounts represent the latest figures for the three prior years for which only those for 1989-90 and 1990-91 have been finalized.

Table III reports on the total payments made to the provinces in fiscal year 1992-93. The amounts reflect the net transfers of 1992-93 cash payments including prior years' adjustments. These adjustments represent the interim revisions to annual provincial entitlements that are not finalized until three subsequent years have passed. These differences are adjusted in whole or by installment and are included with the monthly cash transfers in the month(s) following the calculations.

Table I

**Provincial and Territorial Entitlements in respect of
Insured Health Services and Extended Health Care Services — 1992-93**
(in thousands of dollars)

	<u>Insured Health Services</u>			Extended Health Care Services	Total Contributions
	Cash Contributions	Tax Transfers	Total		
Newfoundland	143,597	133,399	276,996	29,757	306,753
Prince Edward Island	32,237	29,946	62,183	6,680	68,863
Nova Scotia	228,337	212,121	440,458	47,317	487,775
New Brunswick	185,117	171,971	357,088	38,360	395,448
Quebec	1,001,647	2,398,173	3,399,820	365,228	3,765,048
Ontario	2,272,214	2,791,437	5,063,651	543,966	5,607,617
Manitoba	274,831	255,315	530,146	56,951	587,097
Saskatchewan	248,727	231,064	479,791	51,542	531,333
Alberta	626,393	629,995	1,256,388	134,968	1,391,356
British Columbia	828,567	820,775	1,649,342	177,182	1,826,524
Yukon	7,822	6,524	14,346	1,541	15,887
Northwest Territories	13,729	16,009	29,738	3,195	32,933
CANADA	5,863,218	7,696,729	13,559,947	1,456,687	15,016,634

Note: Amounts do not include prior years' adjustments or deductions where applicable.

Department of Finance
February 25, 1993
Second Adjustment towards Advance Entitlement

atus of Provincial and Territorial Annual Entitlements
 respect of Federal Contributions to Health Care Services
 (thousands of dollars)

1989-90 Entitlements Result of Final Adjustment Dated November 2, 1992					1990-91 Entitlements Result of Second Interim Adjustment Dated February 25, 1993				
Insured Health Services			Extended Health Care Services	TOTAL	Insured Health Services			Extended Health Care Services	TOTAL
Cash	Tax	Total			Cash	Tax	Total		
d. 147,070	131,994	279,064	29,524	308,588	142,260	134,183	276,443	29,246	305,6
I. 33,452	30,023	63,475	6,715	70,190	32,513	30,666	63,179	6,684	69,8
. 228,757	205,305	434,062	45,922	479,984	224,345	211,607	435,952	46,122	482,0
. 184,848	165,900	350,748	37,108	387,856	180,903	170,632	351,535	37,191	388,7
. 1,043,705	2,229,327	3,273,032	346,272	3,619,304	974,201	2,335,649	3,309,850	350,167	3,660,0
. 1,937,112	2,748,784	4,685,896	495,747	5,181,643	2,014,803	2,767,052	4,781,855	505,899	5,287,7
. 279,746	251,067	530,813	56,158	586,971	272,461	256,990	529,451	56,014	585,4
k. 259,245	232,672	491,917	52,043	543,960	248,969	234,831	483,800	51,184	534,9
a. 622,457	562,943	1,185,400	125,410	1,310,810	598,486	615,189	1,213,675	128,401	1,342,0
. 749,629	739,903	1,489,532	157,586	1,647,118	748,804	798,000	1,546,804	163,645	1,710,4
on 6,309	6,151	12,460	1,318	13,778	6,667	6,467	13,134	1,389	14,5
.T. 12,167	13,682	25,849	2,735	28,584	11,188	16,007	27,195	2,877	30,0
. 5,504,497	7,317,751	12,822,248	1,356,538	14,178,786	5,455,600	7,577,273	13,032,873	1,378,819	14,411,6

1991-92 Entitlements
 Result of First Interim Adjustment
 Dated February 25, 1993

	Insured Health Services			Extended Health Care Services	TOTAL
	Cash	Tax	Total		
Nfld.	141,981	134,042	276,023	29,652	305,675
P.E.I.	32,471	29,936	62,407	6,704	69,111
N.S.	227,631	209,858	437,489	46,998	484,487
N.B.	185,235	170,772	356,007	38,244	394,251
Que.	1,008,223	2,362,440	3,370,663	362,096	3,732,759
Ont.	2,251,799	2,744,464	4,996,263	536,727	5,532,990
Man.	275,094	253,616	528,710	56,797	585,507
Sask.	249,715	230,218	479,933	51,557	531,490
Alta.	612,145	625,290	1,237,435	132,932	1,370,367
B.C.	805,987	803,880	1,609,867	172,941	1,782,808
Yukon	7,283	6,481	13,764	1,479	15,243
N.W.T.	12,989	16,182	29,171	3,134	32,305
CANADA	5,810,553	7,587,179	13,397,732	1,439,261	14,836,993

Health Insurance Directorate
 Health Programs and Services Branch
 Health Canada

Table III

**Cash Payments in respect of
Health Care Contributions Programs — 1992-93**
(in thousands of dollars)

	Insured Health Services	Extended Health Care Services	Total Contributions
Newfoundland	158,915	29,315	188,230
Prince Edward Island	36,280	6,622	42,902
Nova Scotia	260,031	47,704	307,735
New Brunswick	211,904	38,919	250,823
Quebec	1,315,572	372,319	1,687,891
Ontario	2,633,630	563,110	3,196,740
Manitoba	309,578	56,608	366,186
Saskatchewan	291,354	51,145	342,499
Alberta	652,210	137,686	789,896
British Columbia	921,341	184,679	1,106,020
Yukon	9,277	1,670	10,947
Northwest Territories	13,113	3,579	16,692
CANADA	6,813,205	1,493,356	8,306,561

Note: Amounts include prior years' adjustments.

Health Insurance Directorate
Health Programs and Services Branch
Health Canada

Extra-Billing/User Charges Provisions

The *Canada Health Act* states that

"continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians."

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the *Act* intended to discourage extra-billing and user charges.

The *Act* stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan that have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the Minister of National Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1), 20 (2) and 20 (3) of the *Act*.

Subsection 20 (5) of the *Act* provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the *Act*, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded.

All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charges conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the *Act*.

Canada Health Act – Administration

The *Canada Health Act* aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the provinces and territories to satisfy in order to qualify for their full share of the federal transfers for health care services.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are entitled. The Minister of National Health and Welfare is responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the *Canada Health Act*, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Insurance Directorate administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the *Canada Health Act*. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and subsequently resolved, while some cases are currently under review. The Directorate also carries out the consultative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the *Act*.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which consists of federal and provincial contributions and is also administered by the Health Insurance Directorate, provides for payment of claims in such cases. During 1992-93, no payments were made from this fund. The balance of the fund on March 31, 1993, was \$28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the *Canada Health Act*, officials co-ordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the *Canada Health Act*, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services. This committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

During fiscal year 1992-93, the Advisory Committee met twice to discuss issues, such as:

- a review of quality assurance issues;
- hospital utilization variations;
- the National Pharmaceutical Policy Review;
- the development of clinical practice guidelines; and
- the cost recovery mechanisms for breast implant removals.

The Advisory Committee continued its liaison with a number of major national health organizations, such as the Canadian Hospital Association, the Canadian Council on Health Facilities Accreditation, the Canadian Standards Association and the MIS Group.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. There are Extra-Billing and User Charges Information Regulations that were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the *Canada Health Act* and are incorporated in the production of this report.

Provincial and Territorial Health Care Insurance Plans

Events/Changes

The following is a list of some selected developments over the course of the 1992-93 fiscal year:

Newfoundland

- During 1992-93, the Department of Health continued with the implementation of the 1991-92 plan to reduce acute care beds. The number of acute care beds was reduced from 3.78 per 1000 in 1991-92 to 3.62 in 1992-93. The number of long-term care beds increased slightly.
- The Department of Health commenced plans to introduce MRI to the province. This program will be operational in 1993-94.
- The Department of Health was mandated to explore ways to reduce the number of hospital boards in the province.

Prince Edward Island

- The Minister established a transition team to recommend means to implement recommendations of the Health Care Task Force.

Nova Scotia

- The Task Force on Physician Policy Development reported its recommendations in March 1993, while the Task Forces on Nursing and Primary Health Care continued their deliberations.
- The Working Group on Mental Health presented its report in December 1992, outlining the direction for the mental health care system for the next decade.
- The first two regional health agencies were appointed as part of a commitment to develop a regional planning and advisory approach for health care in Nova Scotia.
- The Provincial Health Council, appointed in 1990, released "Nova Scotia's Health Goals" in August 1992.
- In April 1992, an announcement was made to transfer nursing homes and homes for the aged to the Department of Health, and the nursing component of the Coordinated Home Care Program to the Department of Community Services, effective April 1, 1993.

New Brunswick

- A number of hospital system reforms were passed and implemented in the provincial legislature by the Minister of Health and Community Services. These reforms reflect a province-wide, region-based method of service delivery, intended to increase administrative efficiency, reduce duplication and create a more effective way of managing hospital service resources in the future.

Quebec

- The introduction of a health and welfare policy in June 1992 was a milestone in the reform of Quebec's health and social services. This major step of the reform process provides a general frame of reference for the management of social and health resources over the next 10 years, setting some 20 result-oriented objectives focusing on reducing health and social problems.
- Another major step in implementation of this reform was the adoption, in June 1992, of Bill 15 with respect to application of the Health and Social Services Act, the *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. This bill specifies the dates and mechanisms of the transition from the old to the new legal framework. There are two main phases:
 - October 1992: starting up of operations by the new *conseils d'administration des régions régionales et des établissements* (these being executive boards of the regional and institutional governing bodies); and
 - April 1993: transfer to the regional governing bodies of their new responsibilities under the act.
- Following the December 1991 publication of the document entitled "*Un financement équitable à la mesure de nos moyens*" (equitable and affordable funding) and the ensuing public debate (by way of a parliamentary commission in February 1992), the Government of Quebec, in May 1992, announced a plan for the rationalization of social and health expenditures for 1992-93. The key measures of the plan focus, on the one hand, on improving the efficiency and effectiveness of the activities of the medical profession and medical facilities, and, on the other hand, on a review of complementary health services (for example, optometry services, dental services for children and pharmaceutical services for seniors) and their funding.

Ontario

- The Ontario Ministry of Health worked with the Ontario Medical Association towards automation of claims. As of April 1993, 78 percent of claims submitted by Ontario physicians were in an automated format.
- The Ontario Ministry of Health funded the Institute of Clinical Evaluative Sciences to promote the effective, efficient, equitable delivery of health services. The Institute will provide analytical support to the Joint Management Committee of the government and of the Ontario Medical Association.

Manitoba

- On March 31, 1993, the *Health Services Insurance Amendment and Consequential Amendments Act* was proclaimed. With this proclamation, the Department of Health implemented a strategic management plan to integrate the Manitoba Health Services Commission and Manitoba Health into one organization. The Minister of Health assumed direct responsibility for all powers exercised up to now by the Commission except for certain appeals and advisory functions.
- Manitoba Health was reorganized into five divisions: Financial and Management Services, Healthy Public Policy Programs, Continuing Care Programs, Provincial Mental Health Services, and Hospitals and Community Health Services. In addition, the Evaluation and Audit Secretariat was formed, reporting directly to the Deputy Minister.
- A new quasi-judicial body, The Manitoba Health Board, was established to handle appeals, as well as some advisory and administrative functions. In addition to the *Health Services Insurance Act*, more than a dozen other acts and several regulations required amendments due to the *Health Services Insurance Amendment and Consequential Amendments Act*.
- The Minister of Health released a report entitled "Quality Health for Manitobans - The Action Plan," which sets out a strategy to assure the future of Manitoba's health services system. This Action Plan outlines Manitoba's goals, which include transferring resources from the highest cost part of the health services system to more effective, lower-cost, community services. The result will be a changed system, which offers services that are needed by Manitobans and which may also provide services in a different location than the current system. This does not mean services will be curtailed, but rather provided in less costly settings.
- Mental health reform is actively proceeding on a province-wide basis, resulting in a shift from institutional to community-based services. In Winnipeg, 65 general adult acute care psychiatric beds in general hospitals have been replaced with community-based alternatives.

Saskatchewan

- For the fiscal year ending March 1993, the following health district boards were established: Regina Health Board, Saskatoon Health Board, Mid-West Health Board, Twin Rivers Health Board, Moose Jaw-Thunder Creek Health Board and Prince Albert Health Board. By August 17, 1993, the remaining 24 health boards were to be established. One board replaces the individual hospital, special-care homes and home-care boards. The change of the governance structure is the first step of the health reform process. The *Health Districts Act* was introduced into the Legislature on March 3, 1993.
- In September 1992, a permanent breast cancer screening clinic was opened in Saskatoon with a satellite clinic in North Battleford. Additional satellite clinics were opened in Swift Current and Yorkton in 1993.

Alberta

- Fifteen health units started implementing the Community Health Immunization Information System (CHIIS) during 1992-93, automating the health and immunization records of clients,

enabling health units to more easily and effectively monitor the immunization status of the population they serve. During a communicable disease outbreak (like whooping cough), clients who may be at risk can be quickly identified and contacted. An automated record system enables health units to contact clients who are due for immunization on a more timely basis.

- In September 1992, the Provincial Advisory Committee on Health Research (PACHR) held the first Health Services Research and Innovation Fund competition. The fund represents a commitment to foster innovation in the organization and delivery of health services to improve outcomes and quality, and promote cost effectiveness. In order to meet the current challenges facing the health system, the emphasis of the fund is on promoting research proposals that intend to improve or maintain the health of Albertans while maintaining costs.
- The methodology and analytical approach for carrying out the systematic assessment of the environmental and health impacts of proposed waste management facilities were developed. They have been well received by the health units and municipalities in Alberta and will be pilot tested in several locations during the next year.
- During the 1992-93 fiscal year, the Acute Care Funding Plan was expanded to cover 70 hospitals for funding of in-patient services. Also, work commenced on the development of case costs specific to the Alberta system to facilitate future implementation of a prospective funding system.
- "New Directions in Community Support" was published in August 1992 under the direction of the Home Care Program Advisory Committee. The paper outlines strategies to guide the development of home care in future.

British Columbia

- The new *Medical and Health Care Services Act*, passed in July 1992, provides for a tripartite Medical Services Commission (MSC), which is composed of three representatives from the medical professions, three from the government and three from the public. This act also establishes a system of subcommittees which reflect the same tripartite partnership for supplementary health care practitioners covered by the Medical Services Plan. The new Commission structure ensures involvement by the service providers, the government and the public with respect to setting policy and managing funding.
- By the end of 1992-93, independent tripartite subcommittees had been established for each of the following health care practitioner groups: chiropractors, dentists, massage therapists, naturopaths, optometrists and podiatrists. Establishment of the subcommittees is in keeping with the direction of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs to increase the involvement of health care providers and the public in the management of the health care system. [The co-management model between the MSC and the British Columbia Medical Association (BCMA) had not been implemented at the end of the fiscal year since agreement on a new contract with the BCMA was pending.]
- The significant themes in the new *Medical and Health Care Services Act* are:
 - introduction of the tripartite co-management model involving the physician, the government and the public;

- recognition of other health care practitioners through the subcommittees; and
 - legislative authority to establish annual funding limits which will be managed by the MSC.
- In addition, the *Medical and Health Care Services Act* clarifies the rights of beneficiaries and practitioners; provides a new definition of resident; strengthens the MSC's inspection and audit capabilities; and provides for confidentiality of private information and an independent appeal board.
 - A review of diagnostic services being provided to British Columbians was undertaken and was in progress at the end of the fiscal year.

Yukon

- The Joint Management Committee started meeting in January 1993, and began development of health reform initiatives.
- Construction of a new extended care facility was almost complete at the end of the fiscal year. The anticipated opening date was September 1, 1993.
- The transfer of responsibility for the Whitehorse General Hospital was successfully negotiated between the federal and territorial governments. The transfer was scheduled to take place on April 1, 1993.

Newfoundland

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the Department of Health of the province.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services include: laboratory and radiological procedures including radioactive isotopes; electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations; use of physiotherapy and radiotherapy facilities, including radioactive isotopes where available; out-patient and emergency visits; and operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs, and medical and surgical supplies available in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; fibreglass splints; services covered by Workers' Compensation legislation or by other federal or provincial legislation, and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

The Department of Health administers the Emergency Air Ambulance Program for the emergency transportation of patients and doctors, blood, incubators, and other medical supplies and equipment to isolated areas in order that clinics can be held. The Ground Emergency Ambulance Program assists in making ambulance services available to all residents at a reasonable rate. In both cases, the users are required to pay co-payment charges.

Any resident of Newfoundland and Labrador who has been referred to an approved medical centre for treatment that is unavailable in the area where he or she lives, or in the province, is eligible for financial assistance under the Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is referred by a medical specialist for a bone marrow or organ transplant at any of the approved Canadian medical centres is eligible for financial assistance under the Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations, including anaesthesia, and radiology services.

A limited number of in-hospital surgical-dental services are covered by the Plan including the administration of general anaesthesia for these procedures and for other non-insured dental-surgical procedures carried out in hospitals.

The following services are not covered by the Plan: the dispensing by a physician of medicines, drugs or medical appliances and the issuing of prescriptions; examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; eyeglasses; drugs, vaccines and cost of materials; services rendered by practitioners such as optometrists, chiropractors, podiatrists, osteopaths, denturists, psychologists, physiotherapists, audiologists and paramedical personnel; ambulance services and other forms of transportation of patients; testimony in court; any services rendered by a physician to the spouse and children of the physician; the time taken or expenses incurred in travelling to consult a beneficiary; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; and services covered by workers' compensation legislation or other federal or provincial legislation.

Dental Health Plan

In addition to the basic insured health services, the provincial government provides a children's dental health plan including special client groups.

Seniors Drug Subsidy Plan

The provincial Department of Health provides a senior citizens' drug subsidy program for all residents over 65 years of age who are in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government and who are registered with Old Age Security.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage, with the exception of regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force and persons serving a prison term in a federal penitentiary. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival, as are discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and discharged inmates of federal penitentiaries. Registration, however, is required under the Medical Care Plan for coverage to be effective. As well, immediate coverage is provided to persons from outside Canada who are authorized to work for one year or more (less than one year accepted if authorized for essential service).

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Persons may take an annual vacation of up to eight months, provided four months of the year are spent in the province (currently under review).

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Claims for medical services received in Quebec are also paid at host rates but are submitted to the Newfoundland Medical Care Commission by the patient outside the reciprocal arrangement.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital in-patient and out-patient services are covered for emergency or sudden illness. Elective hospital services are also insured when they are not available in the province or in the country.

The maximum amount payable by the government's hospitalization plan for out-of-country in-patient hospital care is \$350 per day if the insured services are provided by a community or regional hospital. Where insured services are provided by a tertiary care hospital – a highly specialized facility – the approved rate is \$465 per day. The approved rate for out-patient services is \$60 per visit and hemodialysis is \$210 per treatment. The out-patient and hemodialysis rates are the same rates as paid to Canadian hospitals for these services. The approved rates are paid in Canadian funds and will be reviewed annually.

Physician services are covered for emergency or sudden illness, and are also insured for elective services, when they are not available in the province or in the country. They are paid at the same rate as that which would be paid in Newfoundland for the same service. If the services are not available in Newfoundland, they are usually paid at Ontario rates, or at rates which apply in a province in which they are available.

If a resident of the province has to seek specialized hospital care outside Canada because the insured service is not available in Canada, the provincial health insurance plan will pay the costs of these services. However, it is necessary in these circumstances for such referrals to receive prior approval from the Department of Health. In these cases, the referring physicians must contact the Department of Health and the Medical Care Plan.

Prior consent is not required for physician services, however, it is suggested that physicians obtain prior approval from the Plan so that patients may be made aware of any financial implications. General practitioners and specialists may request prior consent on behalf of their patients. Prior consent is not granted for out-of country treatment of elective services if the service is available in the province or in another part of Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new location. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. Beds staffed and in operation totalled 2,251 and there were 838,271 patient days in the fiscal year.

An incentive scheme is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1992-93, \$318,000 was paid out under the Guaranteed Incentive Program by the Medical Care Plan, which included a contractual agreement with physicians in the Blanc Sablon/Labrador geographic border area.

Payment to Hospitals

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospital Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not accepted for reimbursement, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1992-93 to public hospitals in Newfoundland totalled \$455,314,600. For out-of-province hospital services, payments totalled \$16,304,600.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with the Newfoundland Medical Care Commission payment schedule.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1992-93, payments to in-province physicians totalled \$128,727,000. This figure includes salaried physician payments in the amount of \$25,252,000. For physician services provided out-of-province, the Commission paid \$3,293,000.

Extended Health Care Services (EHCS)

The provincial Department of Health provides nursing home intermediate care, adult residential care and home care services through a variety of facilities and programs. The Department of Social Services also provides home care and home support services through social assistance programs. Programs available include: Nursing Home; Supervised Personal Care Home; Geriatric Assessment Unit; Extended-Care; Regional Continuing Care; Home Care; Home Support; and Community Development.

Single-entry assessment and placement to long-term institutional care at one nursing home in St. John's, another in the Eastern Avalon region, and extended care beds at the General Hospital in St. John's has been in place for a number of years. Single-entry assessment and placement, to facilitate appropriate and timely admission to long-term care services (home care and/or institutional placement), is currently in operation in the Central Region of the province through the Gander and District Continuing Care Program. Efforts to expand the availability of the single-entry process to other regions of the province continue.

Prince Edward Island

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Hospital and Health Services Commission. The Commission is accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under section 2 of the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available.

The following hospital services are declared to be non-insured: hospital admission chest x-rays; syphilis serology; personal conveniences, including telephones and televisions; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; and drugs, biologicals, and prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

In addition to the insured hospital benefits, Prince Edward Island also provides a breast prosthesis program.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (e.g., surgical removal of impacted teeth, root resection, etc.) provided to insured persons.

The following services are not insured: services that persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Commission; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval is received from the Commission; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropractic, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization (partially covered); services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Commission; laboratory or radiology services provided for under the provincial *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*; any other services that the Commission may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

In addition to the basic insured health services, the province also provides: an ambulance subsidy program, which provides a subsidy to ambulance operators in order to reduce the cost to Island residents; routine dental care for children; an ocular prosthesis program; and a drug cost assistance plan for seniors and certain client groups.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police Force, who has registered under the Plans and provided the Commission with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residence and full compliance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Every person registering for insured services under the Plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence.

Providing registration requirements as set out in the Regulations are complied with, landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, persons living in the province under the authority of a work permit issued under the *Immigration Act (Canada)*, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and discharged inmates of federal penitentiaries are entitled to benefits once the date of residence is established.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of up to six months of coverage. Students must return to the province at least once during the 12-month period. Regular annual absences of less than six months per year are allowed, provided permanent residence does not change.

Payment Arrangements In-Canada

All insured persons temporarily absent from the province but still in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province or territory where such services have been rendered (host province or territory rate) provided the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient insured services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at a rate not exceeding the per diem rate of the Queen Elizabeth Hospital in Charlottetown or the Victoria Hospital in Halifax, Nova Scotia (for services not available in P.E.I.), payable in Canadian funds.

Hospital in-patient elective services not available in Canada are paid, with prior approval of the Hospital and Health Services Commission, at a rate not to exceed the total amount payable for in-patient services at the hospital, including room and board and medically necessary hospital services and are payable in appropriate funds, depending on the country of origin.

Hospital out-patient services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at P.E.I. rates, or appropriate Canadian rates where applicable, payable in Canadian funds.

Hospital out-patient elective services not available in Canada, with prior approval of the Hospital and Health Services Commission, are paid at a rate of 100 percent of the approved hospital charges.

Physician charges received in circumstances of emergency or sudden illness are payable at 100 percent of the P.E.I. Schedule of Fees, in Canadian funds.

Payment for physician charges for elective services, not available in Canada, is at 100 percent of physician fees if prior approval has been obtained from the Hospital and Health Services Commission, and is paid in appropriate funds, depending on the country of origin.

Prior written approval is necessary if the patient is seeking medical treatment outside of P.E.I. Requests can come from general practitioners or specialists.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents are eligible for all benefits under the Plan during the interprovincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan until the day of departure from Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both Plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1992-93, there were seven acute care hospitals in the province with a total of 505* beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 23,521* and total patient days were 179,611*.

Payment to Hospitals

The Commission establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon, primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1992-93, hospitals in the province received an estimated \$74,617,400 for capital and operating expenses. Other services such as blood transfusion and ambulance services received an estimated \$2,321,300. Commission payments for out-of-province hospital services were an estimated \$12,279,631.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Commission, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the Dental Association have resulted in signed agreements relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1990, to March 31, 1993.

During 1992-93, payments to physicians in the province totalled an estimated \$29.4 million. For physician services provided out-of-province, the Commission paid approximately \$2.6 million.

*Excludes newborns.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended care services are primarily provided through the Division of Community and Residential Services within Health and Social Services. This division consists of the programs previously delivered through Aging and Extended Care, and Home Care and Support. In addition, this new division offers several of the services which had been provided through the Housing Corporation. Adult residential care and nursing home intermediate care services are primarily available in provincial government-operated manors and in licensed private nursing homes. The provincial government provides funding, if necessary, towards 90 percent of beds in government-operated manors and 50 percent of beds in private nursing homes. Sponsorship is according to urgency of need as assessed in both functional and financial terms.

The *Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988*, transferred the licensing of private nursing homes to a Board that reports to the Minister of Health and Social Services. The Division of Community and Residential Services (which operates government nursing homes) provides staff support to the Board, conducts inspections and assesses residents for appropriateness of level of care. The same assessment tool is now used for clients at all levels of care in all long-term care facilities.

The Division of Community and Residential Services within the Department of Health and Social Services co-ordinates and provides selected health and social services through five regional offices. The services offered include: home care nursing; physiotherapy; visiting homemakers; adult protection; occupational therapy; and community support and coordination. The services are available to all age groups, with primary usage by seniors (75 percent).

Nova Scotia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan.

Since September 1991, the Medical Services Insurance Plan has been administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Insured Professional Services Division of the Department of Health and Maritime Medical Care Incorporated. At that time, the Health Services and Insurance Commission was integrated with the Department, with legislation to formalize the change passed in June 1992. Maritime Medical Care Incorporated is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program. It must submit a report on its accounts and activities concerning the Plan to the Minister for each fiscal year. The books, records and accounts of Maritime Medical Care Incorporated must relate to its duties, functions and responsibilities under the legislation.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health, and of Maritime Medical Care Incorporated, as they pertain to both Plans.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory and radiological examinations; diagnostic procedures involving the use of radioactive isotopes; electroencephalographic examinations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; services other than medical services provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic and the Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia; ultrasonic diagnostic procedures; home parenteral nutrition; radiotherapy for non-malignant conditions; and haemodialysis and peritoneal dialysis.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; telephones; televisions; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; cosmetic surgery; the reversal of sterilization procedures; surgery for sex reassignment; *in vitro* fertilization; procedures performed as part of clinical research trials; and services required by third parties (i.e., insurance companies) that are not deemed medically necessary.

The Department of Health administers the Breast Cancer Screening Program.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed to be medically required." Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the *Workers' Compensation Act* or under any other federal or provincial legislation; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunizations or inoculations

unless approved by the Department; preparation of certificates or reports; testimony in court; laboratory or diagnostic radiological services rendered in Nova Scotia; services in connection with an E.C.G., electromyogram or E.E.G., unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; acupuncture; reversal of tubal ligation or vasectomy; and *in vitro* fertilization.

In addition to the basic insured health services, limited coverage is also provided for: vision analyses by optometrists for children and seniors; prescription drugs for seniors; a special drug program for sufferers of a specific chronic disease condition; a children's dental plan; a special dental program for certain client groups; prosthetic services including coverage for breast prostheses; and an ambulance subsidy program.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to receive insured hospital services. In addition, residents are insured in respect of payment of the cost of insured medical services to the extent of the tariffs. These hospital and medical services are made available upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage for 100 percent of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his/her home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient, or a visitor to Nova Scotia." Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First-day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, discharged inmates of federal penitentiaries, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of coverage. Students normally resident in Nova Scotia who are in full-time attendance at school outside the province will be covered provided they return home at least once every 12 months.

Payment Arrangements In-Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements; hospital care services are paid for at the per diem of the host hospital, and medical care services are paid for as per the tariff of the host province or territory. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the Plan or may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services, as the result of an accident or sudden illness while temporarily absent from Canada, are covered in Canadian funds.

Hospital services are paid for at the lesser of two rates: a rate calculated on the basis of the average per diem of the Halifax metro hospitals at the time services are rendered, or at the per diem of the hospital providing the service.

Unapproved non-emergency or elective treatment, unreferred hospital services received in a psychiatric hospital or addiction centre outside Canada, and hospital out-patient services are excluded from out-of-country coverage.

Out-of-country physician services, as the result of an accident or sudden illness during a temporary absence from Canada, are covered in Canadian funds, at Nova Scotia rates.

A Nova Scotia specialist must receive prior consent before referring residents for elective treatment out-of-country. Approval is based on the non-availability of the service. Approval is not given if the service is available in the province or in Canada.

The Nova Scotia Department of Health determines payment for prior approved elective services and for services not available in Canada.

Prior consent is required for residents referred to psychiatric hospitals or addiction centres outside Canada for services not available in Canada. Referrals are reviewed by a Medical Advisory Committee and a recommendation for ministerial approval may be required.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time.

Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either Plan.

Over 90 percent of the population lives within 30 minutes' travel time of the 44 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

Payment to Hospitals

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to the Minister, who is authorized by Regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the Plan to hospitals each year. In 1992-93, there were a total of 4,996 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health direct expenditures for general and psychiatric hospital services operating costs were \$800 million. Payments to hospitals out-of-province totalled \$11 million for insured services provided to Nova Scotia residents. Total separations from all hospitals were 153,396. Patient days in all hospitals totalled 1,380,110.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians for insured services rendered to residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried and contract physicians.

Reasonable Compensation

The *Health Services and Insurance Act* empowers the Department to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society and the Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

During 1992-93, payments to Nova Scotia physicians totalled \$234,882,760. For physician services provided out-of-province, the Department paid an additional amount of \$3,770,639.

Extended Health Care Services (EHCS)

In April 1992, the government announced the transfer of Nursing Homes and Homes for the Aged to the Department of Health, and the nursing component of the Coordinated Home Care Program to the Department of Community Services, effective April 1, 1993. In 1992-93, adult residential care and nursing home intermediate care programs are provided by a system of homes for special care of various types (i.e., homes for the aged, nursing homes, residential care facilities). These programs are operated under the authority of the provincial Department of Community Services. For individuals without sufficient financial resources, municipalities provide assistance that is cost-shared by the province at 66 2/3 percent.

During 1992-93, the Department of Community Services established rates for all Homes for Special Care.

Although responsibility for home care will be transferred to the Department of Community Services on April 1, 1993, the structure of the Coordinated Home Care Program remained intact in 1992-93. The Ministers and Deputy Ministers of Community Services, Health, Housing, Municipal Affairs, and the Senior Citizens Secretariat compose the Home Care Coordinating Agency chaired by the Minister of Community Services. This group approves policy reflecting intradepartmental planning and cooperation for service delivery through seven regional coordinators. The Coordinated Home Care Program was implemented in one county in September 1988, and by the end of March 1990 it was implemented throughout the entire province. The *Coordinated Home Care Act* was passed later in 1990.

The Coordinated Home Care Program includes: homemaker services; personal care services; nursing care services; housing services; and a range of volunteer services for seniors, persons who are disabled and families at risk. Contracted nursing services are provided by the Victorian Order of Nurses and by Martha Home Health Care. Community health nurses from the Department of Health provide service in areas where V.O.N. does not exist. The entry point to the Coordinated Home Care Program is through 31 designated homemaker agencies or municipalities located across the province.

New Brunswick

Public Administration

Hospital Services and Medical Care Plans

Both Plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Services Plan

The in-patient services to which eligible persons are entitled correspond to those cited in the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available. The out-patient services include: laboratory, diagnostic and radiology procedures, where available; radiotherapy; physiotherapy; and the hospital component of other out-patient services.

Uninsured services include: patent medicines; take-home drugs; third-party requests for diagnostic services; visits for the administration of drugs, vaccines, sera or biological products; televisions; telephones; preferred accommodation at patient's request; and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other statutes.

Services provided under the New Brunswick Extra-Mural Hospital program are insured services. Also called the "hospital at home," the New Brunswick Extra-Mural Hospital is an active treatment program of professional acute and palliative health care to persons ill in their places of residence. Patients are admitted only on referral by their physicians; physicians arrange admission, prescribe treatment and order discharge just as in conventional hospitals. An expansion during 1987-88 increased the total number of Extra-Mural Hospital units to 14. It was further expanded to six new areas in 1992-93. Effective April 1, 1990, the New Brunswick Extra-Mural Hospital expanded its range of services to include long-term care services. This range of services was defined as phase II of its mandate and was previously included as a public health service.

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner, certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital, and limited optometric services to residents under the age of 19.

The following services are not covered by the Plan: elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of fees; examinations of medical records or certificates at the request of a third party; immunizations, examinations or certificates for purposes of travel, employment, emigration, insurance, or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical by-laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of fees; testimony in court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate families; psychoanalysis; electrocardiograms where not performed by specialists in internal medicine or pediatrics; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; trans-sexual surgery; *in vitro* fertilization; acupuncture;

and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-ups and not for medically necessary purposes.

In addition to the basic insured health services, New Brunswick also provides a prescription drug program for residents in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government, patients in a registered nursing home, registered cystic fibrosis cases, organ transplant recipients who require cyclosporin, individuals who require Human Growth Hormone, persons registered with the province as requiring AZT, and persons receiving Income Assistance.

For seniors who do not qualify for prescription drug coverage without monthly cost, the Blue Cross Seniors' Health Program offers limited coverage, on an optional basis subject to the payment of premiums, for such benefits as prescription drugs, chiropractic services, eye care, foot care, hearing aids, orthotics, ostomy supplies, prosthetic supplies, and ambulance services, depending on the plan chosen.

The Department of Health and Community Services administers the Ambulance Services Program, which provides financial assistance for the payment of ambulance services for social assistance recipients and for inter-hospital transfers. Additionally, grants are provided to operators for the purchase of ambulances and to St. John Ambulance for the operation of an ambulance training program.

Universality

Hospital Services and Medical Care Plans

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada; and persons from another province or territory who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial or territorial plans.

In order to be entitled to insured health services, a beneficiary and his/her dependents must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Medicare card bearing the resident's name, address, date of birth and medicare number. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a medical facility. No premiums are levied. Effective September 1, 1992, the Medicare card included an expiry date.

Portability

Hospital Services and Medical Care Plans

Minimum Residence

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province or territory. The following groups may be eligible for first-day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police Force, and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick. A person may be eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from outside the country. This applies to non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants; and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time. As well, coverage is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Effective January 1, 1993, New Brunswick increased its minimum residence requirement to 183 days, in order to bring it online with other jurisdictions.

An eligible person may be temporarily absent from the province for the purpose of vacation, visits or business arrangements; however, this absence should not exceed 12 consecutive months, unless approved by the Director of Medicare.

Students may be temporarily absent on an annual basis when in full-time attendance at a university or another institution provided they do not establish residence elsewhere. Students must inform the Medicare office on an annual basis.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's or territory's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, to the facility involved in the provision of the services, or through reciprocal hospital billing.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Selected high-cost procedures are paid as approved by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

All entitled out-of-country hospital services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Hospital in-patient services available in the province are paid at the New Brunswick rate.

In-patient services not available in the province are paid at the average ward rate of three major Canadian hospitals.

All entitled out-of-country medical services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Medical services not available in New Brunswick are paid at Ontario or Quebec rates (exceptions: pathology, radiology or diagnostic ultrasound services are only paid at 60 percent of account if available in province, or 70 percent if not available).

Prior approval is required for in-patient treatment of substance abuse in an out-of-Canada facility.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory. Coverage ceases on the date of departure from Canada for residents moving permanently out-of-country.

Accessibility

Hospital Services and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick hospital-medicare card entitles eligible persons to insured services.

Preliminary hospital statistics for 1992-93 are as follows*: number of patient days – 1,157,267 (excludes newborns); number of admissions – 121,054; number of separations – 121,277;

*All figures exclude Extra-Mural Hospital.

number of emergency visits – 952,315. As well, there were 1,318,165 patient days, 11,054 admissions and 11,054 separations from the Extra-Mural Hospital.

Medical care statistics for 1992-93: 5.5 million services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 198,000 services, for a total of 5,698,000 services.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a semi-monthly basis. Total expenditures for insured, in-province hospital services amounted to an estimated \$544,972.8 million in 1992-93. As well, this province paid an estimated \$37.1 million to out-of-province hospitals for services rendered to New Brunswick residents.

New Brunswick hospitals received an estimated \$19.4 million from other provinces and the territories for services provided to out-of-province residents.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practice under the *Medical Services Payment Act* must make application to the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. Fees for those services not included in this schedule are determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1992-93, payments made on a fee-for-service basis to in-province physicians totalled \$164,888,500. Out-of-province physician payments totalled \$7,085,739.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care is provided through the Nursing Home Services Program as a non-insured service under the authority of the Institutional Services Division of the Department of Health and Community Services. Adult residential care services and facilities are available through a variety of agencies and funding sources. The Family and Community Social Services Division of the Department is responsible for the Special Care Home and Community Residence programs, as well as for the Community-Based Services for Seniors and the Community Services for Disabled Adults programs.

Home health care is available through the Extra-Mural Hospital.

Quebec

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The hospital insurance plan, the *régime d'assurance-hospitalisation du Québec*, is administered by the Ministry of Health and Social Services, the *ministère de la Santé et des Services sociaux*.

The health insurance plan, the *régime d'assurance-maladie du Québec*, is administered by the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Ministry of Health and Social Services includes hospital centres and local community services centres.

Hospital centres are divided into two classes for the treatment of physical and mental illness: Short-Term Hospital Centres, which provide short-term care, and Extended Care Hospital Centres, which provide care and treatment on a continuous basis for a period averaging more than 90 days.

Insured in-patient services are provided in short-term and extended care hospital centres, whereas out-patient services are available mainly in short-term hospital centres and in local community services centres.

Insured in-patient services include: lodging and meals at the standard ward level; necessary nursing services; the furnishing of routine surgical supplies; diagnostic services; use of operating rooms, case rooms and anaesthetic facilities; the furnishing of medications, prostheses and orthoses, and of biological products and related preparations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities; and services rendered by hospital centre staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care; electroshock, insulin and behaviour therapies; emergency care; minor surgery care; radiotherapy; diagnostic services; physiotherapy; ergotherapy; inhalation, audiology and speech therapies; orthoptics; and other services or examinations required under Quebec legislation.

Other insured services are covered for the purposes of mechanical, hormonal or chemical contraception; for the purposes of surgical sterilization, namely tubal ligation or vasectomy; and for the reanastomosis of the uterine tubes or the vas deferens.

The Ministry of Health and Social Services administers an ambulance transportation program free of charge to persons age 65 and over.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; *in vitro* fertilization; preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; and services covered by the *Loi sur les accidents de travail* or by other federal or provincial legislation.

Medical Care Plan

The services insured by the medical care plan, the *régime de soins médicaux*, include: medical and surgical services provided by physicians; and oral surgery performed by dental surgeons and specialists in oral and maxillo-facial surgery in hospital centres, or in a university facility determined by regulation.

The following services are not considered insured: any examination or service that is not related to a process of cure or prevention of illness; psychoanalysis in every form, unless such service

is rendered in an institution; any service provided for purely esthetic purposes; any consultation by telecommunication or by correspondence; any service rendered by a professional to his spouse or his children; any examination, expert appraisal, testimony, certificate or other formality required for legal purposes or by a person other than the person who has received an insured service, except in certain cases; any visit made for the sole purpose of obtaining the renewal of a prescription; any group examination, vaccination, immunization, or injections given to a group or for certain purposes; any service rendered by a physician based on an agreement or a contract with an employer, an association or an organization; any adjustment of eyeglasses or contact lenses; all acupuncture procedures; the injection of sclerosing substances and the examination made at that time; thermography, mammography for detection purposes, tomodensitometry, the use of radionuclides *in vivo* in a human, and ultrasonography, unless all these services are rendered in a hospital centre; any radiological or anaesthetic service provided by a physician if it is required with a view to dispensing an uninsured service, with the exception of a dental service provided in a hospital centre; and any surgical service provided for the purposes of transsexualism unless such a service is provided upon the recommendation of a physician specialized in psychiatry and carried out in a hospital centre.

In addition to the basic insured services, the *Régie* also covers, with some limitations, for certain residents of Quebec as defined by the *Loi sur l'assurance-maladie* and Income Security recipients, optometric services; dental care and acrylic dental prostheses for children; prostheses, orthopedic appliances, devices, wheelchairs or other equipment for persons with deficiencies or physical deformities; external breast prostheses; ocular prostheses; hearing and visual aids for persons with visual or auditory handicaps; permanent ostomy appliances; pharmaceutical services and prescription drugs for seniors age 65 years and over, persons from 60-64 years who receive Spouse's Allowance, and those age 60-64 whose spouses have died and who receive Old Age Security benefits; and drugs not included on the list for excepted patients with serious or chronic illnesses.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the *Régie de l'assurance-maladie* or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents or deemed residents of Quebec must be registered with the *Régie de l'assurance-maladie* to be eligible for the health insurance programs. Services received by regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries are not covered by the plan. No premium payment exists.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec health insurance plan when benefits under the province or territory of origin cease, provided they register with the *Régie de l'assurance-maladie*.

Persons, and their dependents, temporarily absent from the province, for example, students, trainees, Quebec government civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and persons absent for less than 12 consecutive months may also maintain their coverage, provided the *Régie* is notified.

Residents who are absent from Quebec for other reasons will remain eligible if they do not maintain residence outside Quebec and if their absence is less than 12 months.

Persons who maintain a residence outside Quebec are subject to the rule of 183 days/year presence in Quebec (six months plus one day).

First-day coverage is provided to certain residents, notably, permanent residents; repatriated Canadians; returning Canadians; and members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, upon release or discharge. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an interprovincial agreement regarding hospital insurance established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard interprovincial/territorial rates.

The costs of medical services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are paid at the lesser of the amount actually paid, or the rate that would be paid for the same services in Quebec. However, Quebec has negotiated a permanent arrangement with Ontario to pay Ottawa doctors at the Ontario fee rate for emergency care and when services are not offered in the Outaouais region. This host-province payment agreement for the Ottawa-Outaouais region became effective November 1, 1989. A similar agreement was signed in December 1991 for the Abitibi-Témiscamingue/North Bay area.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services provided outside Canada are reimbursed by the *Régie*, usually in Canadian funds, in cases of emergency or sudden illness up to \$488 Canadian per diem if the patient was hospitalized (including day surgery), or \$58 per out-patient visit. In both cases, this includes related diagnostic and therapeutic services. Services must be dispensed in a recognized establishment accredited as a hospital or hospital centre by the competent authorities under whom the establishment operates. No reimbursements are made for nursing homes, spas or similar establishments.

Students, trainees, Quebec officials posted abroad, missionaries and employees of non-profit organizations working under programs of international aid or co-operation recognized by the Ministry of Health and Social Services, must contact the *Régie* in order to ascertain their eligibility. If the *Régie* recognizes them as having special status, they receive 100 percent reimbursement in hospital insurance benefits in case of emergency or sudden illness, and 75 percent reimbursement in other cases, when the services are dispensed in the area of their posting.

Costs for medical services are reimbursed at the rate which would have been paid by the *Régie* to accredited Quebec health professionals (physicians, dentists, oral surgeons, optometrists and pharmacists), up to the amount of the expenses actually incurred. All services insured in the province are covered abroad, usually in Canadian funds, at the Quebec rate.

Beneficiaries requiring hospital treatment abroad for services unavailable in Quebec, or in Canada, are reimbursed 100 percent with prior consent. Consent is not given if the hospital service is offered in Quebec.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to another country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the province. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows for two other options: professionals who have withdrawn from the plan practise outside the plan, but must agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating professionals who practise outside the plan entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the *Régie*.

In 1992-93, there were 124 acute care hospitals in the province with a total of 33,710 beds. Patients admitted to short-term care facilities totalled an estimated 775,000. Total patient days are estimated at 10,603,000 for fiscal year 1992-93.

Payment to Hospitals

The financing of a hospital centre by the Ministry of Health and Social Services is carried out through a system of payments in respect of the cost of insured services provided.

In 1992-93, payments to hospitals for insured services provided to Quebec residents in the province totalled an estimated \$6.1 billion, and payments to hospitals out-of-province totalled an estimated \$109 million.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a negotiated fee schedule. Physicians who have withdrawn from the health insurance plan are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule after the patient has collected from the *Régie*. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by health care professionals. The Minister may enter into an agreement with the organizations representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice or specialty according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with organizations representing health care professionals.

During 1992-93, payments to physicians in the province totalled an estimated \$2,133 million. For medical services provided out-of-province, the *Régie* paid approximately \$9.9 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and home care services are available, with admission co-ordinated through a regional admission system and based on a single assessment tool. Local community services centres, *centres locaux de services communautaires* (CLSCs), receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day centre programs or home care, or refer them to the appropriate agency.

Some home care services are offered by the provincial Ministry of Health and Social Services, including nursing care and assistance, homemaking and medical surveillance.

Residential facilities and long-term care units in short-term care hospitals focus on the maintenance of autonomy and functional capacities of their residents by providing a variety of programs and services, including health care services.

Ontario

The Health Insurance Plan combines both hospital and medical care. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Ontario is established under the *Health Insurance Act* to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The health program is administered on a non-profit basis by the Ministry of Health. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical delivery room and anaesthetic facilities; drugs and drug-related therapies for cystic fibrosis and thalassemia patients in designated hospitals; and all components of *in vitro* fertilization in designated hospitals.

Most out-patient services are insured, including: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy, audiology, psychology and speech therapy facilities, where available; use of diet counselling services; use of home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication; the provision of equipment, supplies and medication to haemophilic patients; the drug Cyclosporin to transplant patients; the drug AZT to AIDS patients; and the biosynthetic human growth hormone.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; telephones; televisions; charges for private-duty nursing; cosmetic surgery under most circumstances; provisions of medications for patients to take home from hospital, with certain exceptions; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs other than anti-rabies injections, AZT and the biosynthetic human growth hormone.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario also provides: mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals; the residential component of the Homes for Special Care Program; ambulance services (air and land); dental treatments for patients with cleft lip/palate registered at a designated clinic; and funding for a Breast Screening Program for the province.

Medical Care Plan

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; radiology and laboratory services in approved facilities; and immunizations, injections and tests. Insured dental services include: repair of traumatic injuries; surgical incisions; excision of tumors and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; and alloplastic reconstructions and medically necessary dental procedures rendered in hospital.

In addition to the basic insured health services, the Ministry of Health also provides: oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for all persons age 65 and over who

are legally entitled to remain in Canada and reside in Ontario, and those receiving social assistance; an assistive devices program such as hearing aids, wheelchairs, respiratory equipment and supplies, and an annual grant for needles and syringes for insulin-dependent senior diabetics; a northern health travel grant program; and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths and chiroprpodists, and physiotherapy in approved facilities.

Uninsured services include: travelling to visit an insured person outside the area of the practice; toll charges for long-distance telephone calls; preparing or providing a drug, antigen antiserum or other substance; advice given by telephone at the request of the insured person or the person's representative; an interview or case conference; preparation and transfer of records at the insured person's request; a service that is required by a statute or regulation or that is for a person other than the patient; provision of a prescription when no concomitant insured service is rendered; cosmetic surgery; acupuncture procedures; psychological testing; group screening programs; and research and survey programs. This is not an exhaustive list and is subject to exceptions. Refer to section 53 of Reg. 452 of the *Ontario Health Insurance Act* and to the schedule of benefits for physicians.

Universality

All residents, with the exception of members of the Royal Canadian Mounted Police Force, regular members of the Canadian Armed Forces, inmates of penal or correctional institutions and patients in mental institutions, who make their homes and are ordinarily present in Ontario, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (refer to section 11 of the *Ontario Health Insurance Act*).

Every resident of Ontario is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Portability

Minimum Residence

Benefits are available within three months of establishing residence.

Coverage is available to the following persons establishing residence in Ontario: persons from other provinces or territories, where eligibility under their provincial or territorial health insurance plans has ceased; discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police Force; inmates discharged from penal or correctional institutions; landed immigrants; Canadians returning to Canada to be residents of Ontario; patients discharged from Ontario psychiatric facilities; and foreign students enrolled in an Ontario educational institution for more than one year. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province with authorization to work for a period of more than three months.

Residents must reside in Ontario for a minimum of six months in each 12-month period in order to maintain coverage.

A resident who advises the Ministry of Health in writing may be eligible for continuous coverage while temporarily absent from Ontario for a period greater than six months.

Payment Arrangements In-Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces and territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Ontario also participates in reciprocal billing arrangements with all other provinces and the territories except Quebec for insured physician services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital costs are reimbursed at Ontario fixed per diem rates of \$200 Canadian or \$400 Canadian, depending on the level of treatment received. Reimbursement at the \$400 per day level will be provided where patients require high-level, intensive in-patient care in situations such as invasive surgical procedures, administration of anaesthesia and/or post-surgical recovery. A limit of \$200 has been set for rehabilitative and other less medically intense care, such as substance abuse, psychiatric illness and eating disorders.

Ontario residents who elect to go out-of-country for the sole purpose of receiving hospital/medical services will be eligible for reimbursement for hospital accommodation at the above per diem rates. Out-of-country physician services will be reimbursed at the OHIP Schedule of Benefits rates, as in the past.

The only exception to the above is for hospital treatment which is unavailable in Ontario or in those instances where the patient is threatened in terms of life or irreversible damage to his or her health. In such cases, *with prior written approval of the Ministry*, hospital/medical services will be paid in full.

In order for an Ontario patient to qualify for full payment for hospital/medical services, an *Application for Prior Approval of Payment for Out-of-Country Health Services* form will be available for completion by the patient's physician.

Permanent Moves Out-of-Province

Ontario residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits until either the coverage of another provincial or territorial health insurance plan takes effect, or up to the first day of the third month after departure, whichever comes first. Ontario residents moving permanently outside of Canada are entitled to insured services up to three months from the date they cease to be residents.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospital by physicians. A user charge for room and board in respect of chronic hospital care applies after 60 days and is permissible by virtue of subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

In 1991-92*, there were 223 public hospitals in the province, staffed and in operation, which included chronic, general and special rehabilitation units. More than 9,638,104 acute patient days and 3,949,562 chronic patient days were delivered by public hospitals during the fiscal year.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. An Underserved Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Two programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Medical Specialist Incentive Program provides financial assistance to specialists locating their practices in Northern Ontario; and the Northern Health Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 100 kilometres one way in

*Latest year for which figures are available.

Northern Ontario or Manitoba or a minimum of 200 kilometres one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the *Health Care Accessibility Act*. Physicians and optometrists who bill their patients directly, and dentists, may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1990-91^{*}, Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated \$6.4 billion for insured services. In 1991-1992^{*}, payments to hospitals out-of-province totalled \$306,488,338 for insured services provided to Ontario residents.

System of Payment for Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid primarily on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits within Regulation 452 of the *Health Insurance Act*. Physicians elect to opt in and bill the Plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Non-participating physicians in Ontario have the option to bill the Plan directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. The percentage of opted-out physicians has fallen less than two percent since the passage of the *Health Care Accessibility Act*.

Reasonable Compensation

In recent years, there has been a Joint Committee on Physicians' Compensation composed of representatives from the Ontario Medical Association, the provincial government and a neutral chairman. It is the Committee's objective to reach agreements regarding global adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that are acceptable to both parties. In instances of impasse, the Chairman may be asked to act as a fact-finder. The negotiating process is being reviewed by the parties.

Representatives of government and the Ontario Dental Association negotiate agreements on adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that cover insured dental services provided in hospital.

During 1991-92^{*}, medical payments totalled \$4,563,564,531. This amount covers payments for physician and laboratory services. For physician services provided out-of-province (the reciprocal medical billing system, excluding Quebec), the Plan paid \$12,619,084.50 for fiscal year 1992-93.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended health care is provided by nursing homes funded by the Ministry of Health, as well as homes for the aged and charitable institutions supported through the Ministry of Community and Social Services. Both acute and chronic home care services are also provided, including supplemental features such as home renal dialysis and hyperalimentation.

Ontario is undertaking a significant and comprehensive reform in the delivery, funding and administration of long-term care services which will emphasize community-based and in-home services as alternatives to traditional residential care.

^{*}Latest year for which figures are available.

Manitoba

The Manitoba Health Services Insurance Plan is a combined hospital and medical care plan. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Manitoba is administered by the Manitoba Health Services Commission, which is a non-profit agency of government established under the *Health Services Insurance Act*, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Commission is required to submit an annual report to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the provincial Auditor's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; routine medical and surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy facilities, where available. Most out-patient services are insured, including dialysis in an approved facility. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; and personal services such as television, radio, telephone, etc.

Services are not insured if provided to insured persons under other statutes.

Medical Care Plan

Insured physician services in facilities, physicians' offices or patients' homes include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by the Commission; and immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a licensed oral and maxillo-facial surgeon or a licensed dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures, include: surgical removal of impacted teeth; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university or camp, or performed at the request of third parties; group immunization or other group services except where authorized by the Commission; services provided by a medical practitioner, dentist, chiropractor or optometrist to him/herself or any dependents; preparation of records, reports, certificates, communications and testimony in court; mileage or travelling time; advice by telephone; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists and other practitioners not provided for in legislation; *in vitro* fertilization; tattoo removal; contact lens fitting; reversal of sterilization procedures; and psychoanalysis.

Regional clinics providing audiologists' services are paid for by the Manitoba Health Department.

In addition to the basic insured health services, the Commission also provides, with limitations, a Pharmacare drug program; eyeglasses for seniors; contact lenses for seniors and children with congenital eye defects; prosthetic and orthotic devices and services; telecommunication devices for the profoundly deaf; artificial eyes; breast prostheses and surgical brassieres; dental coverage for patients with cleft lip/palate; hearing aids and orthopaedic shoes for children; an emergency air ambulance program; northern patient transportation for medical treatment; an out-of-province transportation subsidy for patients who are referred for medical treatment not available in the province; and, with some limitations, the services of chiropractors and optometrists. It also administers the Land Ambulance Services Program, which provides grants that may be applied towards the purchase of ambulance vehicles and equipment or to subsidize operating costs.

Universality

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force and inmates of federal penitentiaries, who are legally entitled to be in Canada and who make their homes in Manitoba and are physically present in the province at least six months a year, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions. No premiums are levied.

Portability

Minimum Residence

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province or territory. Returning Canadians and landed immigrants arriving from out-of-Canada are insured on the date of arrival in Manitoba. As well, persons from outside Canada who are in the province with work authorizations for more than one year are eligible for coverage. First-day coverage is also provided to discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and to discharged inmates of federal penitentiaries.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to 12 months. Students who intend to return to reside in Manitoba upon completion of studies are covered for the duration of their studies. A person must be physically present in the province for at least six months a year to qualify as a resident.

Payment Arrangements In-Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Manitoba pays the standard out-patient charges authorized by the Federal/Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment for professional (medical) benefits are in accordance with the reciprocal billing agreement between provinces (except Quebec).

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient services received outside Canada, due to an emergency, are paid at the per diem rate established by the Commission by regulation for a Manitoba hospital of similar bed size.

Hospital out-patient services received outside Canada under emergency or referral circumstances will be paid by the Commission at the greater of 75 percent of the hospital's charges for the insured services provided, or the flat rate per visit, but not more than the actual charges. Payment for hospital services are made in U.S. funds.

For medical benefits received in an emergency or on referral, payment is made in accordance with the current Manitoba Fee Schedule, in Canadian funds.

Referrals for out-of-Canada medical and hospital services must be accompanied by a letter from an appropriate Manitoba specialist, indicating that the services could not be adequately provided in Manitoba. Approval must be received from the Commission. If approved, the Commission's payment for insured in-patient hospital services will be the greater of: 75 percent of the hospital charges for insured services or the per diem rate of payment established by the Commission by regulation for a Manitoba hospital of similar bed size.

Permanent Moves Out-of-Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

Manitoba states that it compares favourably with the national average in respect of hospital beds available to residents, including beds in teaching hospitals. In 1992-93, there were 101 acute and extended care hospitals in the province with a total of 6,309 beds. Separated cases totalled 150,875 and separated days totalled 1,654,097.

As well, Manitoba states that it compares favourably with the national average with respect to physician-to-population ratio. Incentive programs currently exist in order to attract physicians to some rural areas and to some specialties that are experiencing a shortage of physicians; the Standing Committee on Medical Manpower continues to address the issue.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Total Commission expenditures for hospital services during the fiscal year 1992-93 amounted to \$970,351,000. This includes payments to federal hospitals in the amount of \$1,920,000; \$19,846,000 to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; \$18,355,000 to hospitals outside the province; \$909,307,000 to public general hospitals; and \$20,923,000 to community health centres and clinics.

System of Payment for Medical Care

Physicians in the province are paid on the basis of a fee schedule negotiated annually with the Manitoba Medical Association. Legislation was enacted effective August 1, 1985, prohibiting extra-billing.

Reasonable Compensation

A four-year fee agreement between the Manitoba government and the Manitoba Medical Association is in place for the period April 1, 1990, to March 31, 1994. The agreement allows for a compulsory and binding arbitration procedure to resolve disputes related to a compensation package.

During 1992-93, payments to physicians in the province totalled an estimated \$259,989,000.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Manitoba Department of Health administers the Home Care Program. It is a province-wide program that provides in-home professional health services as well as various support services. Most of the services that clients receive under the Program are delivered by direct service workers employed through the regional offices of the Department. Some services are delivered by contracted agencies such as the Victorian Order of Nurses and Community Therapy Services. In addition to providing home care services, the Program is also responsible for the assessment and placement function for long-term institutional care.

Personal Care Homes are funded and licensed through Manitoba Health. The Manitoba Health Services Insurance Plan provides insurance coverage for persons residing in personal care homes. Residents of personal care homes pay a daily residential charge.

Other extended health care services within the Home Care Program include: home oxygen therapy; intravenous antibiotic therapy; home ventilation devices; Manitoba Home Care Equipment and Supply Program; the Ostomate Program; dialysis in home; Fokus Adapted Suites; special rehabilitation at 1010 Sinclair; and other agencies/services as funded by the Home Care Program such as Meals on Wheels, Winnipeg Inc., and the Manitoba Alzheimer's Family Resource Centre.

Saskatchewan

Public Administration

Hospital Insurance Plan

The Hospital Services Plan is administered on a non-profit basis by the Urban and Rural Hospital Branch of Saskatchewan Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Medical Care Plan

Prior to January 1, 1988, the Medical Care Insurance Plan was administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission was responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Since January 1, 1988, the Saskatchewan Minister of Health has been directly responsible for the administration of the Medical Care Insurance Plan. The administrative activities of the Plan have been integrated into the Medical Care Insurance Branch of Saskatchewan Health.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals through the Hospital Services Plan. Insured services include: public ward accommodation; necessary nursing services; operating room and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physiotherapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital and approved by the Minister.

Uninsured services under the Hospital Services Plan, either in-province or out-of-province include: extended care within the province; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care, whether provided in hospital or at home, and care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; reversal of sterilization; electrolysis; penile prostheses; out-of-province cataract surgery and MRIs unless prior and written approval has been obtained from Saskatchewan Health; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take-home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the Branches also fund directly, or through grants to hospitals, a variety of other agencies, programs and activities, including: The Saskatchewan Cancer Foundation; the Canadian Red Cross Society; community clinics; physical therapy facilities; the College of Medicine, University of Saskatchewan; and other health organizations.

Prescription drugs required outside of hospitals are eligible for cost-shared benefits through the Saskatchewan Prescription Drug Services Branch.

Supplementary benefits include patient charges for emergency medical transportation (road ambulance and Saskatchewan Government air ambulance service).

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under the Medical Care Insurance Plan include: services covered by the *Workmen's Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes, with exceptions; sterilization reversals; medical reports or certificates; eyeglasses; group immunizations; services provided by a person to him/herself or to his/her dependents; acupuncture; *in vitro* fertilization; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to the basic insured health services, the province also provides, with limitations, a prescription drug plan; a children's dental program; a hearing aid plan; the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Plan, which provides medical equipment and appliances to persons who are disabled; limited coverage for services provided by chiropractors and optometrists; and coverage for services provided by chiroprpodists.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, are entitled to services provided through the Plans. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the province, or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province or territory; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

In the case of an unmarried person, he/she is entitled to insured services on and from the first day of the third month following the day he/she establishes residence in Saskatchewan. In the case of a married person, he/she is entitled to insured services on and from the first day he/she or his/her spouse establishes residence in Saskatchewan, whichever day is later.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include: members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the Royal Canadian Mounted Police Force upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the *Saskatchewan Assistance Act*. As well, immediate coverage is available to persons from outside Canada who are in the province with work authorizations.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence provided that: the person is physically present in Saskatchewan for at least six months of each year; the person is in full-time attendance at an educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; and the person is ordinarily physically present in Saskatchewan but is temporarily absent from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement, or employment.

Payment Arrangements In-Canada

The hospital plan pays for insured hospital services at the host province or territory rates. A common claim form is used by the out-of-province/territory hospital to bill its provincial/territorial hospital insurance plan, which in turn bills the Branch.

The Medical Care Insurance Branch pays for insured medical services provided in other provinces and territories, except Quebec, according to a reciprocal billing arrangement. Out-of-province physicians bill their own health plans for services provided to Saskatchewan residents. These costs are periodically charged back to the Saskatchewan Medical Care Insurance Branch.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Insured emergency in-patient services provided in approved hospitals are paid up to a maximum rate of \$410 Canadian per day.

Emergency out-patient services provided by approved hospitals outside of Canada are paid at rates determined by equivalent costs if provided within Canada. These approximate the current interprovincial rates.

Emergency physician services covered in-province which are provided outside Canada are normally paid in Canadian funds at rates approved in Saskatchewan. Elective hospital and physician services are covered only if the treatment has received prior written approval of Saskatchewan Health.

No prior consent is required to obtain coverage for physician services at Saskatchewan rates. However, where approval from the Medical Care Insurance Branch is obtained by a specialist physician in Saskatchewan prior to treatment outside the country, for a service not available in Saskatchewan or another province in Canada, physicians may be paid at a fair and reasonable fee (including exchange) charged in the place the service is obtained.

Prior approval is required for residents receiving cancer treatments, drugs or procedures outside Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

In 1992-93, there were 131 acute care hospitals in the province with a total of 7,343 beds. No user charges exist for hospital services. There are 1,152 active physicians throughout the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors and optometrists was banned. Under a new co-payment system introduced in 1992, chiropractors are now able to charge most patients an additional amount beyond the amount paid by the Plan.

Payment to Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to hospitals. Semi-monthly payments are made by the Plan on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each hospital in the fiscal year.

During the 12 months ending March 31, 1993, payments totalling \$577.5 million were made to hospitals in the province for in-patient care and \$67.1 million for out-patient services. Saskatchewan hospitals received \$1.5 million for in-patient and out-patient care provided to residents of other

provinces or territories under reciprocal agreements with other provinces and territories. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to \$34.2 million in 1992-93.

System of Payment for Medical Care

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Branch payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, a medical compensation review committee is established, with members appointed by the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association. This committee attempts to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes provision for a Medical Compensation Review Board, which is an arbitration panel that acts in the event that the committee is unable to reach an agreement.

During 1992-93, payments to physicians in the province totalled \$250 million. For physician services provided out-of-province, the Branch paid approximately \$12.6 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Continuing Care Branch of Saskatchewan Health provides funding for a variety of home care and home support programs, as well as providing operating grants for special care homes.

The Home Care Program provides assessment and care co-ordination, meals, nursing, homemaking, home maintenance and a variety of volunteer services. Community support programs include adult day programs and respite.

Special care homes provide residential care for adults who do not require acute care but do require a greater degree of care or supervision than they could receive in their own homes. Personal (private) care homes also provide residential care. Legislation to license and monitor these facilities, the *Personal Care Homes Act*, was passed in August 1989, and proclaimed October 1, 1991.

The Community Health Treatment Services Branch of Saskatchewan Health offers community health programs in institutional, home and community settings. Examples are the Community Therapy Program, the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program and the Chiropractic Program.

Alberta

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Health is responsible for the Plans. The accounts are audited annually by the Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; use of radiotherapy, occupational therapy, speech therapy, respiratory therapy, psychiatric therapy and physical therapy facilities, where available, for in- and out-patients; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport an in-patient between hospitals; out-patient goods and services including goods used in a medical procedure; and provision of drugs, enzymes and dietary supplements through clinics located in Edmonton and Calgary for all persons with cystic fibrosis.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; take-home drugs, appliances and biologicals; private nursing services; transporting out-patients between hospitals; artificial limbs and other external prosthetic appliances; and examination for use of third parties.

The Department of Health administers the Cleft Palate/Lip Program, the Cystic Fibrosis Program and provides funds for the Early Detection of Breast Cancer Program.

Medical Care Plan

Insured health services under the Health Care Insurance Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations, and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the Regulations.

Services not insured under the Plan include: medico-legal services; medical reports or certificates; advice by telephone; examinations required by a third party for drivers' licences (except as required by law for seniors just prior to their 75th birth date, and as required thereafter), employment, schools, summer camps, insurance and similar purposes; services that a resident is eligible to receive under a statute of any other province or territory, under any statute relating to workers' compensation or under any statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a practitioner; any service determined "not medically required" by a physician, or classed as experimental; drugs, plaster and special bandages; patient or practitioner transportation costs; charges for distance or travelling time of a physician; lab and x-ray services performed in a facility not approved by the Minister; substance abuse, eating disorder or similar addictive behaviour treatment provided outside Canada without prior approval of the Minister; routine dental care, dentures,

eyeglasses, hearing aids, medical and surgical appliances and supplies; and services provided by a clinical psychologist.

In addition to the insured medical and dental services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services under the Basic Health Services Program, including chiropractic, physical therapy, optometric and podiatric services. The Plan also provides out-of-province hospitalization benefits for Alberta residents and Extended Health Benefits and Non-Group Blue Cross Benefits for eligible residents.

Non-Group Blue Cross coverage is available to all registered residents on an optional basis subject to the payment of premiums, and provides additional benefits for approved prescription drugs, accidental dental care, ambulance services, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances and hospital care.

The Extended Benefits Program provides additional benefits for eyeglasses, and dental goods and services to residents age 65 and older, their spouses and dependents, and eligible widows and widowers age 55 to 64 and their dependents. Persons eligible for the Extended Benefits Program receive basic health coverage as well as Blue Cross coverage premium-free.

The Alberta Aids to Daily Living Program, in cooperation with authorizers and vendors, assists individuals who have a chronic disability or illness, and individuals who are terminally ill, to secure certain basic medical supplies and equipment necessary for more independent functioning at home or in a home-like setting. Examples of supply and equipment support by these programs include: medical and surgical supplies; respiratory therapy benefits; walking aids; hearing aids; wheelchairs and accessories.

The Emergency Air Ambulance Program covers emergency air ambulance costs to transport residents within Alberta and outside the province to receive the required level of service, when ordered by a physician.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan provided they are registered with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependents. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium coverage. The Alberta Health Care Insurance Plan operates a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships, and provides premium-free coverage for seniors and their spouses; widows and widowers age 55 to 64 under the *Widows Pension Act*; recipients of certain social allowance, correctional or mental health programs; and dependents of those receiving this premium-free coverage.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period for coverage under the Alberta Hospitalization Benefits Plan does not exceed three months.

First-day coverage is provided to landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the Royal Canadian Mounted Police Force, the Armed Forces and federal

penitentiaries, and specified persons from outside of Canada who have established residence in Alberta.

A resident who is temporarily absent from the province for vacation, visit or business engagement reasons continues to be eligible for benefits provided his/her absence does not exceed 12 consecutive months. A resident who is on educational leave from employment is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 24 consecutive months. A resident who works on behalf of a religious organization approved as a registered charity, such as a missionary worker, is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 48 consecutive months.

Coverage is maintained for the duration of the temporary absence from the province for students enrolled in full-time study at an accredited educational institution.

A resident must reside in Alberta for the major portion of each year in order to maintain coverage. Premiums must continue to be paid during a temporary absence (exceptions apply as for in-province coverage).

Regardless of the reason for temporary absence, residents are required to notify Alberta Health Care as soon as it appears likely that treatment for a single accident or illness will continue longer than three months.

Payment Arrangements In-Canada

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Payments for insured medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada are at the host provincial/territorial rates, except for Quebec. For Quebec, the payments are made according to the Alberta rates for medical services provided to Alberta residents in Quebec.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospitalization benefits are only payable when services are provided in an active treatment general hospital (provides standard services such as I.C.U., emergency ward) or auxiliary hospitals (provide standard acute care services to long-term or chronically ill patients). If services are not insured in the province, they are not insured when provided out of the country.

The maximum amount payable for out-of-country in-patient hospital services is the amount claimed or an established all inclusive per diem benefit rate, dependent on the size (bed capacity) and type of care available, whichever is the lesser. The in-patient per diem rates for out-of-Canada hospital services are \$280 for primary services, \$365 for secondary services and \$570 for tertiary and specialized services. The standard out-patient per visit rate is \$100.

Benefits for out-of-country practitioner services are payable according to the fee charged, or the Alberta rate, whichever is the lesser.

Prior approval is required for non-emergency health care services provided outside Canada for the treatment of alcohol and substance abuse, eating disorders and similar addictive/behavioural disorders.

Full coverage of treatment costs outside Canada may be provided under the following two programs:

- the Out of Province Supplementary Assistance Program, which may apply where the required service is not available in Canada; and
- the Emergency Financial Assistance Program, which may apply where the treatment expense could not have been guarded against.

Permanent Moves Out-of-Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province or territory of Canada is entitled to continued coverage for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the Plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

To ensure reasonable access to hospital services, in 1992-93, Alberta had 126 acute care public hospitals and 137 long-term care facilities operating throughout the province. Acute care hospitals have 11,069 beds, staffed and in-operation. The total number of acute-care and long-term care beds (24,569) provides a ratio of 9.54 beds per 1,000 population. In 1992-93, the per diem accommodation charges for patients in a standard ward in auxiliary hospitals and nursing homes ranged from \$18.00 (effective April 1, 1992) to \$18.25 (effective January 1, 1993). This charge is compatible with the exclusions provided for under subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*.

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained. To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserved areas. The number of medical practitioners practising in Alberta increased by 14.19* percent between March 1992 and March 1993, from 4,144 to 4,732. The total number of fee-for-service medical services in-province increased by 1.85 percent from 31,430,451 in 1991-92 to 32,013,355 in 1992-93.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded mainly through global budgets. The global budgets are adjusted on the basis of relative performance.

In 1992-93, total expenditures (operating and capital expenditures) for acute care hospitals in the province were \$2 billion, and for long-term care facilities were \$475 million. Expenditures for hospital services provided outside the province were \$35.2 million during the same year.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the Plan or the patient. Extra-billing was terminated in Alberta on October 1, 1986.

Reasonable Compensation

The fee agreement between the Alberta government and the Alberta Medical Association runs from April 1, 1992, to March 31, 1999.

* A significant increase in the number of practitioners is due to the changes in the procedure for the registration of all diagnostic facilities as well as the physicians practising within those facilities, effective May 1, 1992.

In 1992-93, fee-for-service medical payments to physicians in the province totalled \$847,274,122. The Plan paid approximately \$14.8 million for physician services provided out-of-province to Alberta residents.

Extended Health Care Services (EHCS)

Alberta long-term care facilities provide room and board and a range of care services, from personal care with nursing supervision to skilled medical and therapeutic services. Long-term care facilities include both auxiliary hospitals and nursing homes. In most instances, these are now referred to as long-term care facilities and they meet the needs of residents with similar care requirements. They are in the process of being integrated into a single system, through changes in regulations. All long-term care facilities are funded for nursing care and chronic care based on the Alberta Resident Classification System and Case Mix Funding System. The case-mix index (CMI) funding methodology is based upon the principle that funding for nursing care for long-term care facilities should vary according to resident care requirements. On the basis of each facility's CMI, a required level of paid nursing hours is established and funded for nursing care. Government funding is also provided to cover the costs of facility administration, therapeutic services (physical, occupational and recreational therapy), support services (such as housekeeping and laundry), dietary, pharmacy and ambulance services, and so on.

The Home Care Program, which is delivered through 27 health units throughout Alberta, provides a variety of services to assist individuals of all ages to remain at home despite significant health problems or disabling conditions. All health unit home care programs provide assessment, case co-ordination, and nursing and support services (personal care and home support). Other services that may be offered include occupational therapy, physiotherapy, respiratory therapy, social work and nutrition services.

Admission to the long-term care system, which includes home care, long-term care facilities and adult day programs, is based on a functional assessment of the individual's need for the services using the Alberta Assessment and Placement Instrument. The Single Point of Entry (SPE) process was developed to provide a single point of access to individuals seeking facility-based or community-based long-term care. Its purpose is to ensure that all possible community options are explored before facility-based care is considered. Home Care staff conduct assessments, identify needs in co-operation with clients and their families, and recommend health and support services that best suit these needs.

Alberta Health also administers the Alberta Aids to Daily Living (AADL) Program. The purpose of AADL is to enhance the independence of clients living at home who have a chronic or terminal illness or disability by assisting them with the provision of Program-approved medical equipment and supplies. Clients are assessed for eligibility by health care professionals in health units, and hospitals and long-term care facilities.

Mental health services are delivered both by the Mental Health Division through community clinics and Care Centres, and by government-funded, non-profit community agencies.

Services provided by the clinics include assessment and treatment to individual clients, and consultation to physicians, health facilities, health units, schools and community agencies.

Two residential Care Centres provide long-term rehabilitation programs for people with severe mental illness.

Over 70 agencies are funded to provide a range of programs, which include residential programs such as assessment units, assisted apartment living and group homes; and non-residential programs such as drop-in centres, counselling services and suicide prevention programs.

Acute care mental health services are provided through a network of two mental health hospitals and specialized programs in 16 hospitals located throughout the province.

British Columbia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Care Division of the Ministry of Health. The Division is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by Statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Hospital Care Division and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The following insured services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies, when administered in a general hospital specified in the *Hospital Insurance Act*; routine surgical supplies; use of operating room and case room facilities; anaesthetic equipment and supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; and other services, approved by the Minister, that are rendered by persons who receive remuneration from the hospital. Qualified persons not requiring in-patient hospital care may receive emergency treatment for some injuries and operating room or emergency room services for surgical day care and minor surgery, including the application and removal of casts.

Hospital out-patient benefits include: out-patient renal dialysis treatments in designated hospitals or other approved facilities; diabetic day-care services in designated hospitals; out-patient dietetic counselling services at hospitals with qualified staff dietitians; psychiatric out-patient and day-care services; physiotherapy and rehabilitation out-patient day-care services; cancer therapy and cytology services.

Take-home drugs and certain hospital drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare program. Other procedures excluded under the *Hospital Insurance Act* are: diagnostic out-patient services; the services of medical personnel not employed by the hospital; treatment for which the Workers' Compensation Board, Department of Veterans Affairs, or any other agency is responsible; transportation to and from hospital; *in vitro* fertilization; sex reassignment surgery; cosmetic services solely for the alteration of appearance; and reversal of previous sterilization procedures. Uninsured hospital services also include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; and private nursing services.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad category of services covered is: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are not insured: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal/provincial legislation; provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third-party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office; acupuncture; group immunizations; telephone advice; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; medico-legal services; cosmetic services; and preventive medical counselling, for example, smoking withdrawal programs.

In addition to the basic insured health services, the province also provides screening mammography services; hearing devices at competitive prices; oral surgery and orthodontic treatments for patients age 20 years or younger with cleft lip/palate or severe congenital facial abnormalities; and, with some limitations, the services of chiropractors, naturopaths, optometrists, orthoptists, physiotherapists, massage practitioners and podiatrists.

The Pharmacare program provides full or partial assistance with the cost of designated prescription drugs; ostomy and mastectomy supplies; prosthetic devices and orthotic bracing for children 19 years of age and under; needles and syringes for insulin-dependent diabetics; and blood-glucose testing strips for diabetics with a Certificate of Training from a recognized training centre.

Ambulance services are provided within the province, by the British Columbia Ministry of Health, through the Emergency Health Services Commission, with a nominal charge to the patient.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All qualified residents, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police Force and inmates of federal penitentiaries, are entitled to hospital and medical care insurance coverage.

There are no premiums for the Hospital Insurance Plan, but there is a daily charge for extended hospital care. This charge is adjusted four times yearly to reflect adjustments made in income supplements for seniors. The daily charge was \$23.10 at the end of the fiscal year.

Enrollment in the Medical Services Plan is not mandatory; however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Persons with low incomes may be eligible for premium assistance ranging in five steps from 15 percent to 95 percent of the full premium. As well, retroactive coverage for up to several months may be possible for persons previously enrolled in the Plan but who have allowed their premiums to lapse, if the required premium payments are made.

Coverage is available on uniform terms and conditions. However, low-income persons are eligible for the premium subsidies referred to above and the government pays the patient visit charges for supplementary benefits on their behalf.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence requirement for hospital insurance and medical care coverage is a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual becomes a resident.

The Plan provides first-day coverage to discharged members of the Royal Canadian Mounted Police Force and Canadian Armed Forces, and to released inmates of federal penitentiaries. However, if discharged outside of British Columbia, they must wait the prescribed period. Coverage is provided to landed immigrants, on the last day of the second month following the month of arrival in the

province. As well, coverage is available (after the waiting period) to persons from outside Canada who are in the province on work permits.

Individuals who leave the province temporarily on extended vacations or for temporary employment are covered for up to 12 months, provided the required premiums are paid. Residents may take annual vacations of up to six months provided six months are spent living in the province.

Individuals who maintain a second residence outside the province must be physically present in British Columbia for at least six months each year in order to maintain coverage.

Persons attending school outside Canada or working for organizations such as CUSO or CIDA may be entitled to coverage for up to five years and up to two years respectively while away from the province. Continuous coverage will be maintained, subject to payment of the required premiums, unless the individual does not return prior to the expiration of coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital charges are paid at the standard ward rate actually charged by the hospital. According to interprovincial/territorial reciprocal billing arrangements, physicians, except in Quebec, bill their own medical plans directly for services rendered to eligible British Columbia residents on presentation of a valid Medical Services Plan card (CareCard). British Columbia then reimburses the province or territory at the rate of the fee schedule in the province or territory in which services were rendered.

Arrangements for elective services performed out-of-Canada require the pre-authorization of the Ministry of Health. Payment for these services, except excluded services, is handled through interprovincial territorial reciprocal billing procedures that are in place with all provinces and territories. Excluded services are billed directly to the home province or territory.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services are covered for emergency or sudden illness during temporary absences from the province.

Emergency in-patient hospital care is paid up to \$75 Canadian per diem for adults and children, \$41 for newborns.

Out-of-country medical services are covered for emergency or sudden illness during temporary absences from the province.

Medical services are paid up to the same fee payable for that service had it been performed in British Columbia, with the exception of cases pre-authorized because of extenuating circumstances, which are then paid at the rate applicable where the service is rendered. In the case of medical services, payment for non-emergency services outside of the country may be made at British Columbia rates or at usual and customary rates when the service is not available in the province.

Prior consent must be requested by the attending physician. Consent may be given based on the merit of each request, even though service is available in the province and/or Canada.

Elective services are provided only with prior authorization by both the Medical Services Plan of British Columbia and Hospital Programs.

Permanent Moves Out-of-Province

Persons moving permanently to another part of Canada or to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. On interprovincial/territorial moves, persons may be extended coverage, not to exceed three months, for a reasonable period of travel. This additional coverage is not available when a person moves out-of-country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services. At March 31, 1993, the hospitals and associated beds were: 95 acute/rehabilitation care hospitals (11,265 beds); five rehabilitation hospitals (416 beds); and one federal hospital (12 beds) used by residents and for which the provincial Plan pays a per diem rate when the beds are used. The number of beds available totalled 11,693. As well, there were 17 Diagnostic and Treatment Centres and six Red Cross Outposts.

Patients admitted to acute/rehabilitation care during the fiscal year totalled 421,941, with total patient day services of 2,816,911.

The province also offers access to medical care services for extended care patients. In 1992-93, these care units and the associated beds were offered in 77 acute/rehabilitation hospitals (5,898 beds), and 20 hospitals specialized in extended care (2,557 beds). The number of beds available totalled 8,455.

Patients/residents admitted to these care units during the fiscal year totalled 8,062, with total patient day services of 2,764,678.

Payment to Hospitals

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments to the grant may be made after a hospital review.

The 1992-93 cost of hospital programs (includes program management, operating contributions to hospitals, hospital construction and renovation, and hospital equipment) was estimated at \$2.7 billion. Payments included in the foregoing amount, to hospitals out-of-province, totalled \$42 million for insured services provided to British Columbia residents.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Commission to individual physicians in the province, based on billings that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system. Claims from physicians over a specified volume of services are submitted electronically through the Teleplan Program. Ninety-eight percent of the claims are submitted electronically, while the remaining two percent are submitted on claim cards by low-volume physicians.

The Medical Services Commission is reviewing alternative models for funding services. A number of physicians are currently employed on a salaried, sessional or service contract basis. Three community clinics have successfully negotiated contracts for the adoption of a Rostered Group Practice model on a pilot basis. Other opportunities for alternative delivery and funding models are being explored.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission (MSC) in collaboration with the British Columbia Medical Association (BCMA). Dentists and other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules approved by the appropriate co-managed tripartite Commission Subcommittee.

The agreement between the MSC and the BCMA regarding fees expired March 31, 1992. The budget for fee-for-service payments for 1993-94 was established based on 1992-1993 expenditures and an increase to accommodate inflationary overhead costs.

During 1992-93, payments to physicians and supplementary benefit practitioners in the province totalled an estimated \$1.321 billion. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately \$15.9 million, of which approximately \$12 million were for reciprocal payments to other provinces or territories.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Continuing Care Division of the Ministry of Health provides a comprehensive range of community-based supportive care services to assist people whose ability to function independently is affected by long-term, health-related problems or who have acute care needs which can be met at home. Services include: assessment; case management; In-Home Support services (homemaker, home nursing care, physiotherapy, occupational therapy and meals programs); Residential Care services (family care homes, group homes, personal and intermediate care homes, private hospitals, extended care units and special care units); and Special Support services (adult day care, respite care, and assessment and treatment centres). Services are delivered at the community level through 16 provincial Health Units and five municipal Health Departments.

Residential care services provide care and supervision in a protective, supportive environment for adults who can no longer be looked after in their own homes.

Home nursing care services provide professional nursing care to people of all ages in their own homes. These services are available on a non-emergency basis and include assessment and consultation, care co-ordination, and direct nursing care for clients requiring chronic, acute, palliative or rehabilitative services.

Adult day-care services offer an organized program of health, social and recreational activities to enhance and complement services provided either in the home or in a residential care setting.

Yukon

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and the Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the *Public Service Act*. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital charges include: accommodation and meals at standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs, biologicals and appliances prescribed by a physician and administered in-hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

In-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Insured out-patient services include: laboratory, radiology and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations to assist in diagnosis and treatment of any injury, illness or disability; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations when administered in-hospital; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

Exclusions include: non-resident hospital stays (for example, medical boarding); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request (for example, television charges, private nursing when not medically necessary).

Medical Care Plan

Insured services are defined as medically required services rendered by a medical practitioner. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the Regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance (for example, surgical correction of prognathism or micrognathia).

Exclusions include: medico-legal services, including examinations and reports relating thereto, and testimony in court or giving evidence in legal proceedings; detention time; insured services rendered by a medical practitioner to him/herself or to his/her dependents, except where the Administrator decides otherwise; issuing prescriptions; the dispensing by a medical practitioner of medicines, drugs, or medical appliances; the fitting and supply of eyeglasses; routine dental care including dental x-rays; services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the Plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; medical reports or certificates; group immunizations; telephone advice; acupuncture; services provided by podiatrists, osteopaths, orthodontists and chiropractors; long-distance telephone tolls incurred by physicians in the course of arranging referrals; dental surgery performed outside of a hospital; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Plan.

In addition to the insured benefits covered under the Yukon Health Care Insurance Plan and administered by the Yukon Department of Health and Social Services, supplementary benefits are

provided under the Health Benefits Programs, including: Pharmacare; Extended Health Care Benefits for seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. There is also a Travel for Medical Treatment Program that covers elective as well as emergency health transportation both within Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. It also offers subsidies for meals and accommodation for patients travelling to centres where they received medical treatment. Audiology, psychology, speech therapy, and screening mammography services are part of community health services funded by the Department.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force and inmates of federal penitentiaries, are entitled to full coverage under the Plans. Services that are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the *Canada Health Act*.

The *Yukon Health Care Insurance Plan Act* does require registration of self and dependents upon establishing residence. Eligibility is not linked by statute or regulation to registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. An insured person is eligible for insured services after midnight on the last day of the second month following the month of arrival in the territory.

First-day coverage is provided for returning Canadians, landed immigrants, and persons discharged from the Armed Forces, the Royal Canadian Mounted Police Force and federal penitentiaries. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in Yukon on work permits for one year or more. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months, and prior notice is desirable. Residents must maintain a permanent residence and ordinarily be present in Yukon.

Payment Arrangements In-Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services and insured medical care and elective services are paid in accordance with reciprocal billing arrangements.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country hospital services up to the Yukon rate at the discretion of the Director of Health Care Insurance.

Out-of-country hospital services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

Out-of-country medical services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country physician services at the Yukon rate.

The Plan does not require prior consent for out-of-territory services.

Permanent Moves Out-of-Territory

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon operates with hospital bed over-capacity, particularly in outlying areas where district hospitals may have occupancies as low as 20 percent.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and a travel for medical treatment program.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan for review. Quarterly advances are made to hospitals for both in-patient and out-patient services following approval of a joint administrative Memorandum of Understanding reached in January 1986.

Payments to Yukon hospitals totalled \$13,194,499 in 1992-93. Total payments to hospitals out-of-territory equalled \$6,280,744 during the same period. There were 4,538 resident separations, 101 non-resident separations (discharges and transfers of adults, children and newborns), 19,809 resident days of care and 447 non-resident days of care.

System of Payment for Medical Care

All Yukon physicians bill the Health Care Plan directly. Reciprocal billing of physician claims for services rendered to Canadian non-residents and Yukon residents receiving medical services in another province or territory was introduced April 1, 1988.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1992-93, payments to physicians in the territory totalled \$7,795,170. For physician services provided out-of-territory, the Plan paid \$1,512,632.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care and adult residential care services are provided in designated beds in hospitals, at Macaulay Lodge and Alexander MacDonald Home for Seniors. Services include medical supervision and nursing, physiotherapy, recreation, and social programs.

The Health Services Branch of the Department of Health and Social Services completed construction of a 37-bed continuing care rehabilitative facility in Whitehorse. The targeted date for opening of this facility is August 1993.

Northwest Territories

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Program is administered by the Department of Health, Government of the Northwest Territories. Each hospital is required to submit annual statements that have been audited by a public accounting firm. The Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the *Territorial Hospital Insurance Services Act* to perform an examination of the operations of each hospital.

The Medical Care Program is administered entirely by the Northwest Territories Department of Health. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations prescribed by a physician and administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; psychiatric and psychological services provided under an approved program; services rendered by persons who receive remuneration from the hospital; and services rendered by an approved detoxification centre.

Out-patient services include: laboratory tests, x-rays including interpretations, when requested by a physician and performed in an out-patient facility in an approved hospital; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy services in an approved hospital; and psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Services that are considered by the territories or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery, preferred accommodation at patient's request, drugs and biologicals dispensed after discharge from a hospital, telephones, televisions, private nursing services, and ambulance charges (with the exception of inter-hospital transfer) are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for chronic and extended care. Care is an insured service. Room and board is not an insured service. Patients must contribute to room and board based on Territorial Hospital Insurance Services (THIS) regulations.

Medical Care Plan

The Medical Care Program insures all medically required procedures provided by medical practitioners including: approved diagnostic and therapeutic services; necessary surgical services; complete obstetrical care; eye examinations, and visits to specialists even when there is no referral by a family physician. Dental services required as a result of injury or disease of the jaw are limited to specific oral surgery procedures provided in an approved health facility.

The following services are not insured: medico-legal services; telephone advice or prescriptions given over the telephone; surgery for cosmetic purposes; medical reports or certificates; examinations on request of third parties; optometry services; acupuncture; group immunizations; *in vitro* fertilization; reversal of sterilization procedures; mileage charges; services provided by a medical practitioner to his/her own family; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related preparations;

eyeglasses and special appliances; plaster, surgical appliances, or special bandages; treatments in the course of chiropractics, podiatry, naturopathy, osteopathy, or any other practice ordinarily carried out by persons who are not medical practitioners; physiotherapy and psychology services received from other than an insured out-patient facility; services covered by the *Workmen's Compensation Act* or by other federal or territorial legislation; and routine annual check-ups where there is no definable diagnosis (where the patient has attained 65 years of age and there is no definable diagnosis), benefits shall be paid for a routine check-up once in every two-year period.

In addition to the basic insured health services, the Northwest Territories also provides a Medical Travel Subsidy Program and an Extended Health Benefits program to assist Métis and non-native residents with costs associated with investigation, treatment and maintenance, and for rehabilitation of long-term debilitating conditions. The benefits include drugs, medical supplies, appliances and prosthetics, and some travel benefits.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Northwest Territories Plans entitle all residents of the Northwest Territories, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, to be registered. Residence requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside this agreement. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period does not exceed three months, though the Plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First-day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries, and individuals discharged from the Canadian Armed Forces or the Royal Canadian Mounted Police Force. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in the Northwest Territories on work permits.

Individuals who are temporarily absent from the Northwest Territories are covered for up to 12 months, provided prior notice is given.

Payment Arrangements In-Canada

All hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province or territory. Patients are not required to receive prior approval. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Northwest Territories Health Care Plan covers insured hospital services provided out-of-country up to Northwest Territories rates, paid in Canadian funds to residents. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health uses the rates set by an appropriate location within Canada.

The Plan covers insured medical services provided out-of-country up to Northwest Territories rates. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health uses the rates set by an appropriate location within Canada.

In exceptional circumstances, the Plan will cover the full cost of out-of-country insured services when the Department of Health has given prior approval for a specific request. Such approvals are limited to situations where there is a medical referral and the service is not available in Canada.

Permanent Moves Out of the Northwest Territories

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement. Coverage expires on the date of departure for residents leaving the Northwest Territories to establish permanent residence outside Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories. In 1992-93, there were six acute care hospitals in the Northwest Territories with a total of 291 beds and cribs, and 50 bassinets.

Payment to Hospitals

Northwest Territories hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial/territorial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to \$88 million in 1992-93. Payments to hospitals outside the Northwest Territories totalled \$21 million for insured services provided to Northwest Territories residents.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by health boards or hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis.

Reasonable Compensation

During the 1990-91 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association negotiated an agreement, subsequently signed into law, as regulations of the *Medical Care Act*. These regulations cover the period starting November 1, 1990, permitting an overall annual net increase of 4.1 percent.

During 1992-93, payments to physicians in the Northwest Territories totalled an estimated \$13 million. For physician services provided outside the Northwest Territories, the Program paid approximately \$4 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home level care is supported by Territorial Hospital Insurance and provided in designated beds in facilities in Inuvik, Chesterfield Inlet, Iqaluit, Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Fort Simpson and Baffin Regional Hospital. Where appropriate services are not available in the Northwest Territories, clients are accommodated in facilities in southern Canada.

In addition, the Northwest Territories Departments of Health and Social Services co-ordinate home care services in the Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake and Iqaluit communities.

Au cours de l'année financière 1990-1991, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la *Northwest Territories Medical Association* ont conclu une entente qui a par la suite pris force de loi sous forme de règlements de la *Medical Care Act*. Ces règlements, qui visent la période débutant le 1^{er} novembre 1990, permettent une augmentation nette annuelle de 4,1 p. 100.

Au cours de 1992-1993, les paiements aux médecins dans les Territoires du Nord-Ouest sont estimés à 13 millions de dollars. Au total, près de 4 millions de dollars ont été versés pour les services rendus par les médecins hors des Territoires du Nord-Ouest.

Services complémentaires de santé

Les soins dans les centres d'accueil sont assurés dans le cadre de la *Territorial Hospital Insurance* et fournis dans certains lits désignés des établissements d'Inuvik, de Chesterfield Inlet, d'Iqaluit, de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, de Fort Simpson et de l'hôpital régional de Baffin. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont logés dans des établissements de soins dans le sud du Canada.

De plus, les ministères de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest coordonnent des services de soins à domicile dans les communautés de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, d'Inuvik, de Baker Lake et d'Iqaluit.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les services hospitaliers et de soins médicaux sont couverts selon le taux déterminé par la province ou le territoire d'accueil. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. En ce qui a trait aux services hospitaliers, les patients ne sont pas facturés directement, tandis que dans le cadre des services de soins médicaux, les patients peuvent être remboursés directement, si nécessaire. Cependant, les prestations autorisées sont celles qui sont déterminées et approuvées par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le Northwest Territories Health Care Plan couvre, en dollars canadiens, les services hospitaliers assurés dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des taux en vigueur aux Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada. Le régime couvre les services médicaux assurés dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur aux Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada. Dans des circonstances exceptionnelles, le régime couvre intégralement les services assurés dispensés à l'étranger quand le ministère de la Santé a approuvé au préalable une demande spécifique. De telles approbations se limitent aux situations où le sujet a été orienté vers un traitement par un médecin et où le service n'est pas offert au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest

Les personnes qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité. La couverture expire à la date de départ pour les résidents quittant les Territoires du Nord-Ouest pour s'établir de façon permanente à l'extérieur du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1992-1993, les Territoires du Nord-Ouest comptaient six hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 291 lits et couchettes et 50 berceaux.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux-territoriaux sur la facturation. En 1992-1993, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 88 millions de dollars. Le total des versements aux hôpitaux à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour les services assurés dispensés aux résidents des Territoires du Nord-Ouest s'élevait à 21 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins peuvent être engagés par un hôpital ou un conseil de santé et être salariés, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte.

rendues nécessaires à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la mâchoire et pratiquées dans un établissement de santé approuvé.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique; les rapports ou certificats médicaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services d'ophtalmétrie; l'acupuncture; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; le rétablissement de la fécondité; les frais de déplacement; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plaques, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropractie, de podiatrie, de naturopathie, d'ostéopathie ou toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Workmen's Compensation Act* ou de tout autre loi fédérale ou territoriale; et les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définitif, des prestations seront versées pour un examen général courant une fois dans chaque période de deux ans).

Outre les services de santé assurés de base, les Territoires du Nord-Ouest offrent également un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, le *Medical Travel Subsidy Program*, et un programme de prestations complémentaires de santé, les *Extended Health Benefits*, destinés à aider les résidents mûrs et non autochtones à payer les frais liés à la recherche, au traitement, à l'entretien et à la réadaptation dans le cas de certaines longues maladies débilitantes. Les prestations comprennent les médicaments, les fournitures et les appareils pour les soins médicaux et les prothèses, ainsi que certaines prestations de déplacement.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Au titre des régimes des territoires, tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont le droit d'être inscrits, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et des détenus des pénitenciers fédéraux. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'Entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que celles contenues dans cette entente. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi sa résidence ou si elle n'y est que temporairement.

Les immigrants reçus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui ont obtenu leur libération ainsi que les personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada sont assurés dès le premier jour. En sus, une couverture est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de permis de travail. Les individus qui s'absentent des Territoires du Nord-Ouest temporairement demeurent assurés pendant une période ne dépassant pas 12 mois, pourvu qu'il y ait un avis préalable.

Territoires du Nord-Ouest

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le programme d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Program*, est géré par le ministère de la Santé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts-comptables. En vertu de la *Territorial Hospital Insurance Services Act*, le bureau de vérification du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner les activités de tous les hôpitaux.

Le programme de soins médicaux, le *Medical Care Program*, est géré entièrement par le ministère de la Santé des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques avec les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; et les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire, les

radiographies et les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés dans une installation de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme d'hôpital agréé.

Les services jugés expérimentaux par les territoires ou par le corps médical en général ne sont pas assurés. En outre, les services de chirurgie esthétique, l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, les médicaments et les produits biologiques fournis après le congé de l'hôpital, le téléphone, la télévision, les services de soins infirmiers privés et les frais ambulanciers (à l'exception de transferts entre les hôpitaux) ne sont pas assurés.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, la couverture est fournie pour les services aux malades chroniques et les services complémentaires. Les services de soins sont assurés. Le logement et la pension ne sont pas assurés. Les patients doivent contribuer au logement et à la pension d'après les règlements des Services d'assurance-hospitalisation des territoires, les *Territorial Hospital Insurance Services*.

Régime de soins médicaux

Toutes les procédures médicalement nécessaires fournies par les médecins sont assurées en vertu du programme de soins médicaux, comprenant : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétricaux complets; et les examens de la vue et les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omnipraticien. Les services dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit d'interventions spécifiques de chirurgie buccale

Tous les médecins du Yukon demandent directement le paiement de leurs honoraires au *Health Care Plan*. Depuis le 1^{er} avril 1988, il y a traitement réciproque des demandes de paiements des frais pour les services rendus par les médecins et fournis dans une province ou dans un autre territoire aux non-résidents canadiens et aux résidents du Yukon.

Rémunération raisonnable

Les taux sont négociés entre les médecins, qui sont rémunérés à l'acte (selon la durée de l'entente en vigueur), et des comités permanents qui représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire des redistributions, de préciser les pratiques, de résoudre les problèmes et de se prononcer sur les actes de facturation contestés.

Au cours de 1992-1993, le régime a versé 7 795 170 \$ aux médecins du territoire. Pour les services rendus par les médecins hors du territoire, le régime a versé 1 512 632 \$.

Services complémentaires de santé

Certains lits d'hôpitaux, du *Macaulay Lodge* et du *Alexander MacDonald Home for Seniors*

sont réservés aux soins intermédiaires en centre d'accueil et aux soins aux adultes en établissement. Les services comprennent la surveillance médicale et les soins infirmiers, la physiothérapie ainsi que des programmes de loisirs et d'activités sociales.

La *Health Services Branch* du ministère de la Santé et des Services sociaux a complété la construction d'un établissement de réadaptation pour soins prolongés de 37 lits à Whitehorse. La date prévue pour l'ouverture de cet établissement est le mois d'août 1993.

sont limitées à 12 mois et un avis préalable est désirable. Les résidents doivent maintenir une résidence permanente et ils doivent résider habituellement au Yukon.

Paiement des services dispensés au Canada
Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au *per diem* de salle commune établi par l'autorité compétente. Les services de consultation externe et les services assurés pour les soins médicaux et facultatifs sont payés conformément aux accords de facturation rétroproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger
Le *Yukon Health Care Insurance Plan* paie les services hospitaliers dispensés à l'étranger jusqu'au taux établi dans le Yukon, à la discrétion du Directeur de *Health Care Insurance*. Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu. Les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu. Le *Yukon Health Care Insurance Plan* paie les services rendus par les médecins, et dispensés à l'étranger, au taux établi dans le Yukon.

Déménagement permanent à l'extérieur du territoire
En cas de déménagement permanent, la couverture est généralement de trois mois. Cette couverture peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne s'installe pas directement ailleurs.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu du *Hospital Plan*. Il n'y a pas une pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande, surtout dans les régions éloignées où les hôpitaux de district ont parfois un taux d'occupation aussi bas que 20 p. 100. L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme d'assurance-voyage pour traitements médicaux.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du *Health Care Insurance Plan*.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leurs budgets au *Yukon Hospital Insurance Services Plan*, qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu, tant pour les services aux patients externes que pour les services aux malades hospitalisés, sont versés aux hôpitaux trimestriellement, après l'approbation conjointe, en janvier 1986, d'une entente portant sur les conditions administratives, la *Memorandum of Understanding*.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 13 194 499 \$ en 1992-1993. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 6 280 744 \$. Dans le territoire, il y a eu 4 538 congés pour les résidents et 101 congés pour les non-résidents (congés et transferts d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés) et les hôpitaux ont enregistré 19 809 jours-soins pour les résidents et 447 pour les non-résidents.

radiographies dentaires; les services dispensés à la demande d'un tiers; les services fournis à des fins esthétiques, à moins d'avoir été expressément autorisés par le Conseiller médical du régime; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; l'acupuncture; les services dispensés par des podiatres, des ostéopathes, des orthodontistes et des chiropraticiens; les coûts des appels téléphoniques interurbains engagés par le médecin lorsqu'il dirige ses malades vers d'autres services; la chirurgie dentaire dispensée à l'extérieur de l'hôpital; et les procédures de laboratoire et de radiographie dispensées dans des établissements qui ne sont pas approuvés par le régime.

Outre les prestations de santé assurées en vertu du *Yukon Health Care Insurance Plan* et administrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du territoire, le *Yukon Department of Health and Social Services*, le Yukon prévoit des prestations complémentaires en vertu du *Health Benefits Program*, notamment le programme de services pharmaceutiques, le *Pharmaceutical Services Program*, les services complémentaires de santé, les *Extended Health Care Benefits*, aux personnes âgées; et le programme pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'incapacités, le *Chronic Disease and Disability Program*. Il existe également un programme pour le transport des patients ayant besoin de soins médicaux, le *Travel for Medical Treatment Program*, qui couvre à la fois le transport dans les cas médicaux urgents et non urgents tant à l'intérieur du Yukon que dans les centres de soins tertiaires en Alberta et en Colombie-Britannique. Il offre également une subvention pour payer les coûts des repas et du logement des patients qui doivent se déplacer pour se rendre dans un centre afin de recevoir des soins médicaux. Les services d'audiologie, de psychologie, d'orthophonie et de dépistage par mammographie font partie des services de santé communautaire financés par le Ministère.

Universalité

En vertu des deux régimes, tous les résidents du Yukon, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, sont pleinement assurés. Les services qui sont médicalement nécessaires sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les résidents de bonne foi du territoire. La définition du mot «résident» est celle utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé*. La *Yukon Health Care Insurance Plan Act* exige que toute personne qui établit sa résidence dans le territoire s'inscrive et inscrive les personnes à sa charge au régime. L'admissibilité n'est pas liée à l'inscription en vertu d'une loi ou d'un règlement quelconque. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toutes les modalités et conditions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. L'uniformité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Une personne assurée est admissible aux services assurés après minuit le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée.

La protection est accordée dès le premier jour aux Canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux militaires des Forces armées et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada qui retournent à la vie civile, et aux personnes libérées des pénitenciers fédéraux. En sus, une couverture est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont au Yukon en vertu de permis de travail valables pour une période d'un an ou plus. Une protection pour une période prolongée peut être accordée sur demande dans certaines circonstances. En général, ces prolongations

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes, le *Yukon Hospital Insurance Services Plan* et le *Yukon Health Care Insurance Plan* sont gérés par des employés nommés conformément aux dispositions de la *Public Service Act*. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne et du bureau du Vérificateur général.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers internes assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et les services diagnostiques; tous les médicaments, les produits biologiques et les appareils prescrits par un médecin et dispensés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital. Les soins dispensés dans les centres de traitement actif sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif, pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital, sont pleinement assurés aux taux approuvés en vigueur.

Les services assurés de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et d'autres procédures diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires pour assister dans le diagnostic et le traitement de blessures, de maladies ou d'incapacités; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes quand ils sont dispensés dans un hôpital; l'utilisation des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris les équipements et fournitures nécessaires; les fournitures de chirurgie courantes; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital. Les exclusions comprennent : les hospitalisations des non-résidents (par exemple, pension à l'hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; et les services spéciaux demandés par le malade (par exemple, la télévision, les services d'une infirmière privée lorsque ceux-ci ne sont pas médicalement nécessaires).

Régime de soins médicaux

Les services assurés se définissent comme étant des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les services dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital (par exemple, la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Les exclusions comprennent : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent et les témoignages en cour ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; la durée de la détention; les services assurés qu'un médecin dispense à lui-même ou à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire de l'Administrateur; la rédaction d'ordonnances; la distribution par un médecin de médicaments, de médicaments, ou d'appareils médicaux; l'ajustement et la distribution de lunettes; les soins dentaires courants y compris les

Les services de soins infirmiers à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leurs propres foyers. Ces services sont disponibles sur une base non directe pour les clients ayant besoin de services chroniques, aigus, palliatifs ou de réadaptation. Par l'entremise des services de soins de jour pour adultes, l'on retrouve des programmes sociaux, de santé et de loisirs organisés qui permettent d'améliorer ou de compléter les services offerts à domicile ou dans un milieu de soins en établissement.

paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, inclus dans le montant précédent, totalisaient 42 millions de dollars pour les services fournis aux résidents de la Colombie-Britannique.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins individuels de la province par l'intermédiaire de la *Medical Services Commission* d'après les demandes de facturation soumises par les médecins. Le patient ne s'engage généralement pas dans le processus de paiement. Les demandes d'indemnités des médecins, pour un volume déterminé de services, se font électroniquement par l'entremise du *Teleplan Program*. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités sont soumises électroniquement et le restant, soit 2 p. 100, est soumis par des médecins dont le nombre de patients est moindre à partir de cartes de demandes d'indemnités. La *Medical Services Commission* étudie d'autres formules de financement des services. Un certain nombre de médecins sont salariés, d'autres sont rémunérés à la vacation et d'autres sont contractuels. Trois cliniques communautaires ont réussi à négocier des contrats pour l'adoption d'un modèle d'autorisation d'exercice collectif de la médecine, un *Rostered Group Practice*, dans le cadre d'un projet pilote. On étudie également d'autres possibilités de prestation des services et de financement.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la *Medical Services Commission*, en collaboration avec la *British Columbia Medical Association*. Les dentistes et autres professionnels des soins de santé qui dispensent des services assurés ont leurs propres barèmes d'honoraires approuvés par le sous-comité tripartite compétent et coadministré, le *Commission Subcommitee*, de la *Medical Services Commission*. L'accord entre la *Medical Services Commission* et la *British Columbia Medical Association* concernant les honoraires a expiré le 31 mars 1992. Le budget des paiements à l'acte pour 1993-1994 a été établi en fonction des dépenses de 1992-1993 et d'une augmentation permettant de tenir compte des frais généraux inflationnistes. Au cours de l'année 1992-1993, la Colombie-Britannique a versé près de 1,321 milliard de dollars aux médecins de la province et aux praticiens fournissant des prestations complémentaires dans la province. Pour les services des médecins fournis à l'extérieur de la province, le régime a payé environ 15,9 millions de dollars. Environ 12 millions de ces 15,9 millions de dollars représentaient les paiements aux autres provinces ou aux territoires en vertu de l'entente de facturation réciproque.

Services complémentaires de santé

La *Continuing Care Division* du ministère de la Santé fournit une vaste gamme de services d'aide des soins à l'échelle communautaire afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins aigus qui peuvent être donnés à domicile. Ces services comprennent : l'évaluation; la gestion de cas; les services *In-Home Support* (aides familiales, services infirmiers à domicile, physiothérapie, ergothérapie et les programmes liés aux repas); les services *Residential Care* (foyers de soins familiaux, les foyers de groupe, les foyers personnels et de soins intermédiaires, les hôpitaux privés, et les unités de soins de longue durée et de soins spéciaux); et les services *Special Support* (soins de jour pour adultes, services de répit et les centres d'évaluation et de traitement). Les services sont dispensés par l'intermédiaire de 16 unités de santé provinciales et cinq départements municipaux de la santé et fournis à l'échelle communautaire. Les soins en établissement existent dans le but d'assurer aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un environnement protégé et où l'on retrouve un soutien.

Paielements aux hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels réguliers du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Des ajustements peuvent être faits après qu'une vérification de l'hôpital a été effectuée. Pour l'année 1992-1993, le coût des programmes hospitaliers (y compris la gestion des programmes, les subventions versées aux hôpitaux pour les frais d'exploitation, la construction et la rénovation des hôpitaux, et l'équipement hospitalier) est estimé à 2,7 milliards de dollars. Les

Païements aux hôpitaux

Le nombre de patients admis pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et des hôpitaux de réadaptation au cours de l'année financière s'élevait à 421 941 et le nombre de services de jours-patients à 2 816 911.

La province offre également accès aux services de soins médicaux pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1992-1993, ces unités de soins et les lits associés étaient offerts dans 77 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de réadaptation (5 898 lits) et 20 hôpitaux spécialisés en soins prolongés (2 557 lits). Le nombre total de lits disponibles se chiffrait à 8 455.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins au cours de l'année financière s'élevait à 8 062. Le nombre de services de jours-patients s'élevait à 2 764 678.

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et de soins médicaux. Au 31 mars 1993 les hôpitaux et les lits associés étaient les suivants : 95 hôpitaux de réadaptation (416 lits); et un hôpital fédéral (12 lits) utilisés par des résidents et pour lequel hôpital la province acquitte le *per diem* quand les lits sont utilisés. Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 11 693. En outre, on comptait 17 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accessibilité

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province de façon permanente pour établir leur résidence ailleurs au Canada ou dans un autre pays ont droit à la couverture jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ. Pour les déménagements interprovinciaux et interterritoriaux, les personnes peuvent se faire accorder une couverture supplémentaire, ne dépassant pas trois mois, pour des déplacements d'une durée raisonnable. Cette couverture supplémentaire n'est pas disponible quand la personne déménage hors du pays.

Plan of British Columbia et des Hospital Programs.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les résidents admissibles temporairement absents de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'au même taux qui se serait appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances atténuantes. Ils sont alors payés au taux en vigueur de l'endroit où le service est offert. Le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux de la Colombie-Britannique ou aux taux courants et habituels lorsque le service n'est pas disponible dans la province. Le médecin traitant doit demander l'approbation préalable. Chacun des dossiers est évalué selon son mérite, même si le service est disponible dans la province ou ailleurs au Canada. Les services facultatifs ne sont fournis qu'avec l'approbation préalable du *Medical Services*

verse, de la part de ces personnes, les frais liés aux visites des patients pour des prestations complémentaires.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois dans lequel l'individu devient un résident.

Les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées canadiennes sont protégés dès le premier jour de leur libération, de même que les détenus des pénitenciers fédéraux. Toutefois, s'ils sont libérés en dehors de la Colombie-Britannique, ils doivent attendre pendant la période prescrite. La couverture est fournie aux immigrants reçus dès le dernier jour du deuxième mois suivant le mois d'arrivée dans la province. En sus, une couverture est disponible (suivant la période d'attente) pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire sont couvertes pendant une période maximale de 12 mois, à condition que les primes requises soient payées. Les résidents peuvent prendre jusqu'à six mois de vacances annuelles pourvu qu'ils demeurent dans la province pendant six mois.

Les personnes qui maintiennent une deuxième résidence à l'extérieur de la province doivent être physiquement présentes en Colombie-Britannique au moins six mois par année afin de conserver leur couverture.

Les personnes qui étudient hors du Canada ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCCO ou l'ACDI peuvent être admissibles à la couverture pendant des périodes maximales de cinq ans et de deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Il n'y aura pas d'interruption de la couverture, sous réserve du paiement des primes, pour les personnes qui reviennent dans la province avant l'expiration de la couverture. Passé ce délai, les intéressés doivent attendre les trois mois requis.

Paiement des services dispensés au Canada

Les frais hospitaliers sont payés au taux de salle commune facturé par l'hôpital. En vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du *Medical Services Plan*, la *CareCard*. Ensuite la Colombie-Britannique rembourse la province ou le territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire où les services étaient rendus. Les services facultatifs dispensés à l'extérieur du Canada doivent être autorisés au préalable par le ministère de la Santé. Les paiements de ces services, sauf les services exclus, sont effectués en vertu des procédures de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale qui sont en place avec toutes les provinces et les territoires. Pour les services exclus, la province ou le territoire d'origine est facturé directement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts pour les résidents admissibles temporairement absents de la province.

Les soins hospitaliers internes fournis dans les situations d'urgence sont payés à un taux maximal de 75 \$ canadiens par jour pour les adultes et les enfants et de 41 \$ canadiens par jour pour les nouveau-nés.

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux nécessaires fournis par les médecins ainsi que les services de chirurgie dentaire lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste. Les grandes catégories de services assurés comprennent : les consultations; les examens complets; les visites à domicile; la chirurgie mineure et majeure; les services obstétricaux; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie; les procédures diagnostiques et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; autres procédures fournies au cabinet; et autres procédures hospitalières fournies par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale; la fourniture de prothèses non implantées; les orthèses; les médicaments de marque déposée ou brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste; l'acupuncture; les immunisations de groupe; les conseils donnés par téléphone; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; les services dispensés à des fins esthétiques; et les services de conseils en médecine préventive, par exemple, les programmes contre le tabagisme.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également des services de dépistage de mammographie; des appareils auditifs à prix compétitifs; la chirurgie buccale et des traitements d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans et moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou présentent des malformations congénitales du visage; et, avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, d'orthoptistes, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podologues.

Le programme de services pharmaceutiques, le programme *Pharmacare*, fournit de l'assistance intégrale ou partielle pour les coûts des médicaments prescrits désignés; des fournitures pour stomisés et mastectomisés; des appareils prothétiques et orthotiques pour les enfants de 19 ans et moins; des aiguilles et des seringues pour les diabétiques insulino-dépendants; ainsi que les bandellettes pour la mesure de la glycémie pour les diabétiques détenteurs d'un certificat de formation, un *Certificate of Training*, reconnu par un centre de formation.

Les services d'ambulances sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de la Commission des services de santé d'urgence, la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents qualifiés, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux.

Il n'y a pas de primes pour le régime d'assurance-hospitalisation, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés. Ces frais sont rajustés quatre fois l'an en fonction des changements apportés aux suppléments de revenu des personnes âgées. Ces frais quotidiens étaient de 23,10 \$ à la fin de l'année financière.

Il n'est pas obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions pour l'admissibilité à la couverture. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction (il existe cinq paliers) allant de 15 p. 100 à 95 p. 100 de la prime fixée. En outre, il peut être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques mois dans le cas des personnes qui étaient antérieurement inscrites au régime mais dont les primes sont en souffrance, si les primes exigibles sont acquittées.

La couverture est uniforme pour tous les résidents; toutefois, les personnes à faible revenu sont admissibles à la subvention des primes comme nous l'avons mentionné ci-dessus et le gouvernement

Colombie-Britannique

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Plan*, est géré sans but lucratif par la *Hospital Care Division* du ministère de la Santé. La Division est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime.

Le régime de soins médicaux, le *Medical Services Plan*, de la Colombie-Britannique est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, un organisme public créé en vertu de la loi.

La Commission rend compte au gouvernement provincial de la gestion du régime.

Les comptes de la *Hospital Care Division* et de la *Medical Services Commission*, ainsi que leurs opérations financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministère; les médicaments approuvés en clinique, les produits biologiques et les fournitures médicaux lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général spécifié dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, là où elles sont disponibles; et d'autres services approuvés par le Ministère et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital.

Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour certaines blessures et des services de salle d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins de jour de chirurgie, y compris l'application et l'enlèvement des plaques.

Les prestations de consultation externe comprennent : les traitements de dialyse rénale en consultation externe dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les services de soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les services de conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux avec des diététicien(ne)s qualifié(e)s; les services psychiatriques pour patients externes et les services de soins de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes; et la thérapie pour le cancer et les services de cytologie.

Les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme de services pharmaceutiques, le *Pharmaceutical Program*. Autres procédures exclues en vertu de la *Hospital Insurance Act* sont les suivantes : les services diagnostiques de consultation externe; les services fournis par le personnel médical non employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; le transport à l'hôpital et de l'hôpital; la fécondation *in vitro*; la réversion transsexuelle; la chirurgie plastique pour des raisons purement esthétiques; et le rétablissement de la fécondité. Les services hospitaliers non assurés comprennent également : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; et les services infirmiers privés.

ménager et la lessive), les services diététiques, les services de pharmacie, les services d'ambulance et ainsi de suite.

Le *Home Care Program* fournit toute une gamme de services par l'intermédiaire de 27 unités de santé dans l'ensemble de l'Alberta, en vue d'aider les personnes de tous les âges à continuer à vivre chez eux en dépit de graves problèmes de santé ou d'une invalidité. Toutes les unités de santé de soins à domicile s'occupent de l'évaluation, de la coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien (soins personnels et aide à domicile). D'autres services qui peuvent être fournis comprennent l'ergothérapie, la physiothérapie, l'oxygénothérapie, des services sociaux et des services nutritionnels.

L'admission au système de soins prolongés, qui inclut les soins à domicile, les établissements de soins prolongés et les programmes de jour pour adultes, est fonction d'une évaluation fonctionnelle des besoins de la personne effectuée à l'aide de l'*Alberta Assessment and Placement Instrument*. La procédure du point d'entrée unique (*Single Point of Entry*) a été élaborée de façon à ce qu'il n'y ait qu'un seul point d'accès pour les personnes qui cherchent des soins prolongés basés en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins basés en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille, et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

Le ministre de la Santé de l'Alberta administre également l'*Alberta Aids to Daily Living Program*, qui a pour but de favoriser l'autonomie des clients atteints de maladie chronique ou en phase terminale ou d'une invalidité, qui habitent toujours chez eux, en leur fournissant du matériel et des appareils médicaux approuvés par le programme. Des professionnels des soins de santé des unités de santé, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés procèdent à une évaluation des clients pour déterminer leur admissibilité.

Les services de santé mentale sont fournis non seulement par le *Mental Health Division* à travers des cliniques communautaires et à travers des *Care Centres*, mais aussi à travers des agences communautaires à but non lucratif financées par le gouvernement.

Les services fournis par l'entremise des cliniques comprennent l'évaluation des clients individuels et les traitements dispensés à ces mêmes personnes, ainsi que les services de consultation dispensés aux médecins, établissements de santé, unités de santé, écoles et agences communautaires.

Deux *Care Centres* résidentiels fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave.

Plus de 70 agences sont financées afin de fournir une gamme de programmes, comprenant des programmes résidentiels tels que les unités d'évaluation, l'assistance à l'intention des personnes logées en appartements, et les foyers de groupe; et des programmes non résidentiels tels que les haltes-accueil, les services de conseil et les programmes de prévention du suicide.

Les services de santé mentale pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë sont fournis par l'entremise d'un réseau de deux hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie mentale et des programmes spécialisés fournis dans 16 hôpitaux situés à travers la province.

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé de toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse. Pour assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services. De mars 1992 à mars 1993, le nombre de médecins qui pratiquent en Alberta est passé de 4 144 à 4 732, soit une augmentation de 14,19 p. 100*. Le nombre total de services médicaux rémunérés à l'acte dans la province est passé de 31 430 451 en 1991-1992 à 32 013 355 en 1992-1993, ce qui représente une augmentation de 1,85 p. 100.

Paievements aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés principalement au moyen de budgets globaux. Les budgets globaux sont ajustés basés sur le fonctionnement relatif.

En 1992-1993, le total des dépenses (les dépenses de fonctionnement et d'immobilisations) pour les hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë de la province s'élevait à 2 milliards de dollars, et 475 millions de dollars pour les établissements de soins prolongés. Les dépenses liées aux services hospitaliers fournis à l'extérieur de l'Alberta atteignaient 35,2 millions de dollars pour la même période.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés à l'acte. Les omnipraticiens peuvent facturer le régime ou le patient. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1^{er} octobre 1986.

Rémunération raisonnable

L'entente d'honoraires entre le gouvernement albertain et la Alberta Medical Association s'étend du 1^{er} avril 1992 au 31 mars 1999.

En 1992-1993, les paiements à l'acte aux médecins de l'Alberta pour les services médicaux ont été de 847 274 122 \$, tandis que le montant versé pour les services médicaux offerts aux résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province s'élevait à environ 14,8 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les établissements de soins prolongés de l'Alberta offrent le logement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, des soins personnels avec de la supervision infirmière aux services médicaux qualifiés thérapeutiques. Les établissements de soins prolongés comprennent aussi les hôpitaux auxiliaires et les centres d'accueil. Dans la plupart des cas, on les appellent des établissements de soins prolongés et les résidents reçoivent des besoins semblables en matière de soins. On intègre progressivement tous ces établissements à un système unique, par l'entremise de changements aux réglementations. Tous les établissements de soins prolongés sont financés, à l'intention des soins infirmiers et des soins chroniques, basés sur l'Alberta Resident Classification System et le Case Mix Funding System. La méthode de financement du *case-mix index* (CMI) se fonde sur le principe suivant lequel le financement des soins infirmiers dans les établissements de soins prolongés doit varier selon les besoins des résidents en matière de soins. Comme tenu du *case-mix index* de chaque établissement, un niveau requis d'heures infirmières rémunérées est établi et le financement y est accordé pour les soins infirmiers. Le financement gouvernemental est également fourni pour les coûts liés à l'administration des établissements, les services thérapeutiques (la physiothérapie, l'ergothérapie et la thérapie par les loisirs), les services de soutien (tels que l'entretien

*Une augmentation considérable du nombre de médecins est attribuable aux changements, en vigueur le 1^{er} mai 1992, apportés à la procédure à suivre pour enregistrer tous les établissements de services diagnostiques et les médecins exerçant dans ces établissements.

nécessitant des soins prolongés). Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger.

Le maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger équivalait à la somme demandée ou à un taux établi de *per diem* de prestation global selon l'importance de l'établissement (sa capacité en lits) et la nature des soins disponibles, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre. Les taux de *per diem* pour les services aux patients hospitalisés à l'étranger du pays sont de 280 \$ pour les services primaires, de 365 \$ pour les services secondaires et de 570 \$ pour les services tertiaires et spécialisés. Le coût standard par visite pour patient externe est de 100 \$.

Les prestations pour les services à l'étranger fournis par les praticiens sont payables selon les taux facturés, ou les taux en Alberta payables pour les mêmes services ou pour des services semblables, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

L'approbation préalable est nécessaire pour les services de soins de santé non urgents fournis à l'étranger pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les troubles alimentaires et des troubles semblables d'accoutumance ou de comportement.

Le remboursement complet des traitements à l'étranger du pays peut être possible dans le cadre de deux programmes suivants :

- le *Out of Province Supplementary Assistance Program* qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas disponibles au Canada; et
- le *Emergency Financial Assistance Program* qui peut s'appliquer aux frais pour les traitements contre lesquels le patient ne pouvait pas se prémunir.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Alberta en vue de s'établir de façon permanente dans une autre province ou dans un territoire du Canada continue d'être assuré pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province ou le territoire choisi, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministère dans des circonstances particulières.

Un résident de l'Alberta qui élit domicile, de façon permanente, à l'extérieur du Canada a droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministère en soit avisé, pendant une période de un, deux ou trois mois après son départ de l'Alberta, selon la décision du Ministère, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministère en raison de circonstances particulières.

Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger ne peut continuer à bénéficier de la protection du régime tant qu'il n'a pas acquitté toutes les primes en souffrance de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, l'Alberta comptait, en 1992-1993, 126 hôpitaux publics pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et 137 établissements de soins prolongés dans toute la province. Les hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë ont une capacité de 11 069 lits, dotés en personnel et en fonctionnement. Le nombre total de lits pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de lits de soins prolongés (24 569) donne un rapport de 9,54 lits pour 1 000 résidents. En 1992-1993, les frais de *per diem* pour hébergement, pour les patients en salle commune dans des hôpitaux auxiliaires et dans les centres d'accueil allaient de 18,00 \$ (depuis le 1^{er} avril 1992) à 18,25 \$ (depuis le 1^{er} janvier 1993). Ce *per diem* est compatible avec les exclusions énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Bien que le système en vigueur en Alberta prévoit le versement de primes, aucun résident de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité à payer les primes. L'admissibilité aux prestations n'est pas liée aux versements des primes. Le régime d'assurance-santé de la province applique un programme de subvention et d'exonération totale des primes à l'intention des résidents qui éprouvent des difficultés financières, de même qu'une exonération totale des primes à l'intention des personnes âgées et de leurs conjoints; des veufs et veuves âgés de 55 à 64 ans admissibles en vertu de la *Widows Pension Act*; à l'intention des bénéficiaires de certains programmes d'allocations sociales, correctionnels ou de santé mentale; et à l'intention des personnes à charge des bénéficiaires de cette couverture sans primes.

Le délai minimal de résidence pour être admissible aux prestations en vertu du régime d'assurance-hospitalisation de la province ne dépasse pas trois mois. La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays, les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées, les détenus libérés d'un pénitencier fédéral et certaines personnes désignées, provenant de l'extérieur du Canada, qui se sont établies en Alberta. Un résident temporairement absent de la province en raison de vacances, visite ou voyage d'affaires est admissible aux prestations pourvu que son absence ne dépasse pas une période de 12 mois consécutifs. Un résident en congé d'études est admissible aux prestations pendant toute la durée de son absence temporaire jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs. Un résident employé par un organisme religieux de charité enregistré, tel un missionnaire, est admissible aux prestations pendant la durée de son absence temporaire jusqu'à concurrence de 48 mois consécutifs. Pour les étudiants inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé, la couverture est maintenue pendant cette absence temporaire. Un résident doit habiter en Alberta pendant la majeure partie de chaque année afin de garder sa couverture. Les primes doivent continuer à être payées pendant une absence temporaire (les mêmes exceptions existent que pour le cas de la couverture dans la province). Quelle que soit la raison de leur absence temporaire, les résidents sont tenus d'aviser le régime d'assurance-santé de la province aussitôt qu'il apparaît que le traitement, qui fait suite à un accident ou à une maladie, risque de dépasser trois mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire où ils sont fournis, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire visé. Le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux Albertains admissibles sont effectués aux taux de la province ou du territoire d'accueil, à l'exception du Québec. Dans le cas du Québec, les paiements sont effectués en vertu des taux en vigueur en Alberta pour les services médicaux fournis aux résidents de l'Alberta au Québec.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par un hôpital de traitement actif (qui dispense des services courants comme l'unité des soins intensifs, la salle d'urgence) ou un hôpital auxiliaire (qui dispense des soins aigus courants à des malades chroniques ou

campus d'être, les assurances et autres à d'autres fins semblables; les services auxquels un résident est admissible en vertu d'une loi d'une autre province ou d'un territoire, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous les services qui sont jugés comme étant «non médicalement nécessaires» par un médecin, ou classés expérimentaux; les médicaments, les plaques et les pansements spéciaux; le coût du transport des patients ou des médecins; les frais encourus par un médecin en raison de la distance et du temps de déplacement; les services de laboratoire et de radiographie dans un établissement qui n'est pas approuvé par le Ministre; les traitements contre l'abus de substances, les troubles alimentaires ou traitements semblables portant sur le comportement et liés à une dépendance à l'extérieur du Canada sans l'approbation préalable du Ministre; les soins dentaires courants, les dentiers, les lunettes, les prothèses auditives, les fournitures médicales et chirurgicales; et les services rendus par un psychologue clinicien.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-santé provincial prévoit certaines prestations pour des services complémentaires en vertu du *Basic Health Services Program*, comprenant les services de chiropractie, de physiothérapie, d'optométrie et de podologie. Le régime prévoit également l'hospitalisation des résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province et les prestations complémentaires de santé ainsi que les prestations offertes par la Croix Bleue pour membres individuels aux résidents admissibles.

Tous les résidents inscrits, de façon optionnelle, ont droit au régime pour membres individuels de la Croix Bleue, à condition que les primes requises soient payées. Ce régime prévoit des prestations complémentaires pour les médicaments de prescription approuvés, les soins dentaires par suite d'un accident, le transport par ambulance, les services d'un psychologue clinicien agréé, les soins infirmiers à domicile, les fournitures et les soins à l'hôpital.

Le *Extended Benefits Program* prévoit des prestations supplémentaires pour les lunettes et pour les fournitures et soins dentaires fournis aux résidents de 65 ans et plus, à leurs conjoints, aux personnes à leur charge, ainsi qu'aux veuves admissibles de 55 à 64 ans et aux personnes à leur charge. Les personnes admissibles à ce programme de prestations complémentaires ont droit à la couverture de base et à la couverture de la Croix Bleue, sans versement de primes.

Le programme d'aide pour les actes ordinaires de la vie, le *Alberta Aids to Daily Living Program*, avec la coopération des organismes chargés de l'autorisation et des vendeurs, a pour but d'aider les personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques et les personnes en phase terminale à obtenir certaines fournitures et certains équipements médicaux de base qui leur permettront d'accroître leur autonomie à la maison ou dans un milieu qui leur est familier. Voici quelques exemples de fournitures et d'équipements offerts dans le cadre de ces programmes : fournitures médicales et chirurgicales; services d'oxygénothérapie; aides de marche; prothèses auditives; fauteuils roulants et accessoires.

Le programme d'ambulance aérienne d'urgence, le *Emergency Air Ambulance Program*, couvre les coûts pour le transport par ambulance aérienne d'urgence des résidents partout en Alberta ou hors de la province, afin qu'ils puissent recevoir le niveau de service requis, quand celui-ci est prescrit par un médecin.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents de l'Alberta, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation à condition d'être inscrits auprès du Ministre. Toutefois, si le Ministre découvre un résident non inscrit, il peut l'inscrire ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit permet d'être admissible aux services hospitaliers et aux services de santé assurés.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospitalization Benefits Plan*, et le régime d'assurance-santé, le *Health Care Insurance Plan*, sont gérés sans but lucratif. Le ministre de la Santé est responsable des deux régimes et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, là où elles sont disponibles; l'usage des installations pour les services de radiothérapie, d'orthothérapie, d'ergothérapie, d'oxygénothérapie, de thérapie psychiatrique et de physiothérapie dispensées aux malades hospitalisés et externes, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et médicaux; les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, les plaques en acier, les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministère; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou tout autre véhicule commercial, des malades hospitalisés en Alberta; les fournitures et services servant à la consultation externe y compris les fournitures utilisées dans le traitement médical; et les médicaments, enzymes et suppléments alimentaires distribués à toutes les personnes atteintes de fibrose kystique par des cliniques situées à Edmonton et à Calgary.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; les médicaments; les appareils et les produits biologiques emportés au domicile; les services infirmiers privés; le transport des patients externes entre hôpitaux; les membres artificiels et autres appareils prothétiques externes; et les examens à la demande d'un tiers.

Le ministère de la Santé administre le programme de fissure palatine ou labiale, le *Cleft Palate/Lip Program*, le programme de fibrose kystique, le *Cystic Fibrosis Program*, et subventionne le programme de dépistage précoce du cancer du sein, le *Early Detection of Breast Cancer Program*.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés en vertu du régime d'assurance-santé comprennent tous les services qui sont dispensés par des médecins et prévus par les règlements, les *Medical Benefits Regulations*, et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste dans les cas prévus par les règlements.

Les services non assurés en vertu du régime comprennent : les services médico-légaux; les rapports ou certificats médicaux; les consultations téléphoniques; les examens requis par un tiers, afin d'obtenir un permis de conduire (à l'exception de ceux exigés par la loi pour les personnes âgées avant leur 75^e anniversaire et quand cela est requis par la suite), à des fins d'emplois, pour les écoles, les

Services complémentaires de santé

La *Continuing Care Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan finance toute une gamme de programmes de soins et de services d'aide à domicile, en plus d'accorder des subventions de fonctionnement aux foyers de soins spéciaux.

Le *Home Care Program* fournit des évaluations et la coordination des soins, des repas, des soins infirmiers, des services d'aides familiales et d'entretien ménager, ainsi qu'une gamme de services de bénévoles. Les programmes d'aide communautaire comprennent des programmes de jour pour adultes et des programmes de services de répit.

Les foyers de soins spéciaux fournissent des soins aux adultes qui ne requièrent pas de soins aigus, mais qui ont besoin de plus de soins ou de surveillance qu'ils n'en ont dans leurs foyers. Des foyers de soins personnels (privés) pour personnes âgées fournissent également des soins en établissement. La *Personal Care Homes Act*, en vue de l'agrément et de la surveillance de ces établissements dans la province, a été votée en août 1989, et proclamée le 1^{er} octobre 1991.

La *Community Health Treatment Services Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan offre des programmes de santé communautaire dans des cadres institutionnels, domiciliaires et communautaires tels que le *Community Therapy Program*, le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program* et le *Chitopody Program*.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province
Les résidents qui élisent domicile, de façon permanente, à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

En 1992-1993, la province comptait 131 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 7 343 lits. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucuns frais modérateurs. La province compte 1 152 médecins en activité. Depuis août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite. En vertu d'un nouveau système de paiement de paiement de participation introduit en 1992, les chiropraticiens peuvent maintenant facturer la plupart de leurs patients un montant supplémentaire au-delà du montant versé par le régime.

Paiements aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque hôpital au cours de l'année financière.

Au cours des 12 mois se terminant le 31 mars 1993, un montant total de 577,5 millions de dollars a été versé aux hôpitaux de la province pour les services hospitaliers et 67,1 millions de dollars pour les services de consultation externe. En raison des ententes réciproques, les hôpitaux de la Saskatchewan ont reçu 1,5 million de dollars pour les services hospitaliers et de consultation externe dispensés à des résidents d'autres provinces ou territoires. En 1992-1993, la Saskatchewan a versé un montant de 34,2 millions de dollars pour les services de santé assurés fournis dans des hôpitaux et dispensés à ses résidents à l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème des honoraires et aux règlements d'évaluation de la *Medical Care Insurance Branch*.

Rémunération raisonnable

Les dispositions législatives adoptées prévoient, notamment, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces mesures, un comité de révision sur la rémunération des médecins est mis en place, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé et la *Saskatchewan Medical Association*. Ce comité doit essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être disponible pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'ils sont établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives prévoient une commission d'enquête sur la rémunération des médecins, la *Medical Compensation Review Board*, qui sert de groupe d'arbitrage advenant l'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente. Au cours de 1992-1993, 250 millions de dollars ont été versés aux médecins exerçant dans la province. La *Medical Care Insurance Branch* a déboursé près de 12,6 millions de dollars pour les services médicaux dispensés à l'extérieur de la province.

Sont admissibles aux services de santé assurés, sans délai de résidence : les membres libérés des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale; les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la loi de l'assistance de la Saskatchewan, la *Saskatchewan Assistance Act*. En sus, une couverture immédiate est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail.

Tout résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire sous réserve des conditions suivantes : il est physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins six mois chaque année; il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et a l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; il occupe un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et a l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; et il est ordinairement physiquement présent en Saskatchewan mais en est temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des raisons de vacances, de visite, d'affaires ou d'emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le régime d'assurance-hospitalisation prévoit le paiement des services hospitaliers assurés au taux de la province ou du territoire d'accueil. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer le régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés à la Direction générale.

La Direction générale des soins médicaux rembourse, en vertu de l'entente de facturation réciproque, le coût des services médicaux assurés offerts dans les autres provinces et dans les territoires, à l'exception du Québec. Les médecins de l'extérieur de la province s'adressent directement au régime de leur province en ce qui concerne la facturation des services offerts aux résidents de la Saskatchewan. Les factures sont envoyées de façon périodique à la *Medical Care Insurance Branch* de la Saskatchewan afin d'être acquittées.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services internes urgents assurés fournis dans les hôpitaux approuvés sont payés jusqu'à un taux maximal de 410 \$ canadiens par jour.

Les services externes urgents fournis dans les hôpitaux approuvés à l'extérieur du Canada sont payés à des taux fondés sur les équivalents si les services sont fournis au Canada. Ces taux ressemblent en gros aux taux interprovinciaux actuellement en vigueur.

Les services médicaux urgents assurés à l'intérieur de la province, mais fournis à l'extérieur du Canada, sont habituellement payés en dollars canadiens aux taux approuvés en Saskatchewan. Les services médicaux urgents assurés à l'intérieur de la province, mais fournis à l'extérieur du Canada, sont habituellement payés en dollars canadiens aux taux approuvés en Saskatchewan. Les services hospitaliers et médicaux facultatifs sont assurés seulement si l'approbation préalable écrite a été obtenue du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

On n'est pas tenu d'obtenir l'approbation préalable pour la couverture des services médicaux aux taux de la Saskatchewan. Toutefois, quand un médecin spécialiste obtient l'autorisation de la *Medical Care Insurance Branch* avant que le sujet ne soit traité à l'étranger pour un service qui n'est pas offert en Saskatchewan ni ailleurs au Canada, les médecins peuvent être payés à un taux raisonnable (y compris le taux de change) facturé à l'endroit du service obtenu.

Les personnes qui reçoivent des traitements, des médicaments ou des procédures anticancéreux à l'extérieur du Canada doivent obtenir l'approbation préalable.

canadienne de la Croix-Rouge; les cliniques communautaires; les installations de physiothérapie; le *College of Medicine* à l'Université de Saskatchewan; et autres organisations de santé. Les médicaments d'ordonnance reçus hors de l'hôpital sont admissibles au titre du programme de prestations à frais partagés de la *Saskatchewan Prescription Drug Services Branch*. Les prestations complémentaires comprennent les frais imputés aux patients pour le transport médical d'urgence (les services d'ambulances terrestres et les services gouvernementaux d'ambulances aériennes).

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes. Les services non assurés dans le cadre du *Medical Care Insurance Plan* comprennent : les services assurés en vertu de la *Workmen's Compensation Act* ou d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais de déplacement; les conseils donnés par téléphone; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf certaines exceptions; les vaccinations de groupe; les services qu'un médecin se dispense à lui-même ou aux personnes dont il a la charge; l'acupuncture; la fécondation *in vitro*; et les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'emploi, d'assurance, de poursuites judiciaires, etc. En plus des services de santé assurés de base, la province offre également, avec des restrictions, un régime d'assurance-médicaments; un programme de soins dentaires pour les enfants; un régime de prothèses auditives; un régime qui prévoit le prêt de matériel et d'appareils médicaux aux personnes handicapées, le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Plan*; une couverture limitée des services fournis par les chiropraticiens et les optométristes; et la couverture des services fournis par les podologues.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux En vertu de la loi et des règlements de l'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan, les *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, tous les assurés ont droit aux services couverts par les régimes. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidents par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est exigée. Ne sont pas admissibles aux prestations : les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans la province ou dans le territoire où ils résident; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes; et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux
Délai minimal de résidence

Les personnes célibataires sont admissibles aux services assurés à partir du premier jour du troisième mois qui suit leur arrivée en Saskatchewan. Les personnes mariées sont assurées dès le premier jour qu'une ou l'autre devient résidente de la Saskatchewan, suivant la date qui est la plus tardive.

Saskatchewan

Gestion publique

Régime d'assurance-hospitalisation

La *Urban and Rural Hospital Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan assure la gestion à but non lucratif du régime provincial des services hospitaliers, le *Hospital Services Plan*. Le ministère de la Santé est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Régime de soins médicaux

Avant le 1^{er} janvier 1988, le régime provincial de soins médicaux, le *Medical Care Insurance Plan*, était administré sans but lucratif par la Commission d'assurance-santé de la Saskatchewan, la *Medical Care Insurance Commission*. Cette Commission relevait du gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Depuis le 1^{er} janvier 1988, le ministre de la Santé de la Saskatchewan a été chargé de la gestion du *Medical Care Insurance Plan*. Les activités administratives du régime ont été intégrées à la *Medical Care Insurance Branch* du ministère provincial de la Santé.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Par l'entremise du régime provincial des services hospitaliers, les hôpitaux fournissent un éventail complet de services hospitaliers assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plaques ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les services de radiographie, les services de laboratoire et les autres services diagnostiques; les services de radiothérapie; les services anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; et tous les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Les services non assurés dans le cadre du régime des services hospitaliers, qu'ils soient fournis dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, comprennent : les soins complémentaires dans la province; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; les services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; les soins de garde, qu'ils soient fournis à l'hôpital ou au domicile du patient, et les soins et les traitements fournis dans des établissements spécialisés avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; les traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; l'électrolyse; les prothèses dentaires; les services liés aux opérations des cataractes et aux imageries par résonance magnétique (IRM) hors de la province sans l'approbation préalable et écrite du ministre de la Santé de la Saskatchewan; certains médicaments, substances biologiques et préparations connexes; les frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux dans une même ville de la province; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et faisant appel à des médicaments de traitement ou à des interventions non approuvées au Canada; et les médicaments et appareils que les patients emportent à domicile.

Les Directions générales ne servent pas seulement au financement des services hospitaliers assurés, mais aussi, directement ou par l'entremise de subventions aux hôpitaux, à celui d'une variété d'autres organismes, programmes et activités dont : la *Saskatchewan Cancer Foundation*; la Société

Le Manitoba déclare en outre que sa situation se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de médecins par résident. Des mesures d'incitation sont présentement appliquées afin d'attirer des médecins dans les régions rurales et vers certaines spécialités où il y a pénurie de personnel qualifié; le Comité permanent de la main-d'oeuvre médicale, le *Standing Committee on Medical Manpower*, continue d'étudier la question.

Paielements aux hôpitaux

Les paielements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés. Les dépenses totales de la Commission au chapitre des services hospitaliers se sont établies, pour l'année financière 1992-1993, à 970 351 000 \$. Cette somme comprend les montants suivants : 1 920 000 \$ versés à des hôpitaux fédéraux; 19 846 000 \$ versés à des établissements sous contrat de services de transfusion de la Croix-Rouge; 18 355 000 \$ versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province; 909 307 000 \$ versés à des hôpitaux généraux publics; et 20 923 000 \$ versés à des centres de santé communautaire et des cliniques.

Mode de paiement des soins médicaux

Les paielements faits aux médecins de la province sont basés sur un barème d'honoraires négocié annuellement avec l'Association médicale du Manitoba, le *Manitoba Medical Association*. Une loi abolissant la surfacturation est entrée en vigueur le 1^{er} août 1985.

Rémunération raisonnable

Une entente de quatre ans entre le gouvernement manitobain et l'Association médicale du Manitoba est en vigueur du 1^{er} avril 1990 au 31 mars 1994. Cette entente permet un arbitrage obligatoire et exécutoire pour résoudre les conflits liés à la rémunération. Au cours de 1992-1993, un total estimé à 259 989 000 \$ a été versé à des médecins dans la province.

Services complémentaires de santé

Le ministère de la Santé du Manitoba administre le Programme de soins à domicile, le *Home Care Program*. Il s'agit d'un programme qui fournit, dans l'ensemble de la province, des services professionnels de soins de santé à domicile ainsi que divers services d'aide. La plupart des services que reçoivent les clients dans le cadre de ce programme sont dispensés par des travailleurs qui fournissent les services directement aux patients et qui sont employés par les bureaux régionaux du Ministère. Certains de ces services sont dispensés à contrat par certains organismes, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria et les Services de thérapie communautaires. Outre les services de soins à domicile, c'est également dans le cadre de ce programme que sont évalués les clients en vue de leur placement en établissement au sein des services de soins prolongés. Les établissements de soins personnels sont financés par l'entremise du ministère de la Santé du Manitoba qui est responsable de leur émettre un permis. Les services fournis aux personnes résidant dans des établissements de soins personnels sont assurés par le régime d'assurance-maladie du Manitoba. Les clients de ces établissements paient des frais quotidiens d'hébergement. D'autres programmes de soins complémentaires de santé sont offerts par le Programme de soins à domicile, par exemple, l'oxygénothérapie à domicile; l'antibiothérapie par voie intraveineuse; les appareils de ventilation à domicile; le programme d'équipement et de fourniture pour soins à domicile du Manitoba; le programme pour stomisés; la dialyse à domicile; les *Fokus Adapted Suites*; la réadaptation spéciale chez 1010 Sinclair; et autres agences ou services tels qu'ils sont subventionnés par le Programme de soins à domicile, par exemple, *Meals on Wheels*, *Winipeg Inc.*, et le *Manitoba Alzheimer's Family Resource Centre*.

personne doit être physiquement présente dans la province pendant au moins six mois chaque année afin d'être admissible à la résidence.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et les services de consultation externe assurés. Pour les personnes hospitalisées, les paiements s'établissent au montant que prévoit le régime de la province ou du territoire d'accueil. Pour les services de consultation externe, le Manitoba paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement.

Le paiement des prestations (médicales) professionnelles est effectué conformément à l'accord réciproque de facturation entre les provinces (sauf pour le Québec).

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes reçus à l'extérieur du Canada, en cas d'urgence, sont payés au taux de *per diem* prescrit dans la réglementation de la Commission pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable.

Pour les services hospitaliers externes reçus à l'extérieur du Canada, en cas d'urgence et de dossiers dirigés, la Commission paiera le plus élevé des deux montants suivants : 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis ou un montant fixe par visite, mais le montant ne doit pas dépasser les frais réels. Le paiement des services hospitaliers se fait en dollars américains. Pour les prestations médicales urgentes et les dossiers dirigés, les paiements sont calculés selon le barème des honoraires actuel du Manitoba et versés en dollars canadiens.

Le dossier des personnes dirigées vers des services médicaux et hospitaliers à l'étranger doit s'accompagner d'une lettre d'un spécialiste compétent travaillant au Manitoba, lettre où il est indiqué que les services requis ne peuvent être fournis adéquatement dans la province. Il faut aussi recevoir l'autorisation de la Commission. Pour les cas approuvés, le paiement de la Commission au titre des services hospitaliers internes assurés sera le plus élevé des deux montants suivants : 75 p. 100 des frais hospitaliers pour les services assurés ou le taux de *per diem* prescrit dans la réglementation de la Commission pour un hôpital manitobain dont le nombre de lits est semblable.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des ententes de facturation réciproque afin d'éviter qu'il y ait rupture de la continuité de couverture des services hospitaliers et médicaux nécessaires.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit la date de leur départ du Manitoba.

Accessibilité

Accès raisonnable

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Le Manitoba affirme que sa situation se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est des lits d'hôpitaux disponibles aux résidents, y compris les lits des centres

hospitalo-universitaires. En 1992-1993, il y avait 101 hôpitaux dans la province pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et pour soins prolongés, pour un total de 6 309 lits. Le total des congés accordés était de 150 875 et le nombre de jours séparés s'élevait à 1 654 097.

autorisés par la Commission; les soins qu'un médecin, dentiste, chiropraticien ou optométriste se dispensent à eux-mêmes ou aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps des déplacements; les consultations téléphoniques; les services de psychologues, chiroprodistes, naturopathes, podiatres et autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; l'établissement de la fécondité; et la psychoanalyse.

Les cliniques régionales qui fournissent des services d'audiologistes sont payées par le ministre de la Santé du Manitoba.

En plus des services de santé assurés de base, la Commission fournit également, avec des restrictions, les services suivants : programme d'assurance-médicaments; lunettes pour les personnes âgées; lentilles cornéennes pour les personnes âgées et pour les jeunes enfants souffrant d'anomalies congénitales; appareils et services d'orthèses et de prothèses; appareils de télécommunication pour les sourds profonds; prothèses oculaires; prothèses mammaires et soutiens-gorge médicaux; soins dentaires orthopédiques pour les enfants; programme de transport d'urgence par ambulance aérienne; transport des patients résidant dans le Nord qui doivent subir des traitements médicaux; une subvention pour les frais de transport hors de la province pour les patients envoyés pour des traitements médicaux non disponibles dans la province; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens et d'optométristes. La Commission administre aussi le *Land Ambulance Services Program*, qui fournit des subventions qui peuvent être utilisées pour l'achat des ambulances et de l'équipement ou pour subventionner les coûts d'exploitation.

Universalité

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, qui ont légalement le droit d'habiter au Canada et qui élisent domicile au Manitoba et qui sont présents physiquement au moins six mois au cours d'une année, sont admissibles à la couverture sous réserve d'un délai minimal de carence (voir la section sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes à leur charge. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba et qui viennent d'une autre province ou d'un territoire deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba. En sus, les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de plus d'un an sont admissibles à la couverture. Les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les détenus libérés des pénitenciers fédéraux sont assurés dès le premier jour de leur congé.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois. Les étudiants qui ont l'intention de retourner habiter au Manitoba à la fin de leurs études sont couverts pendant leurs périodes d'études. Une

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba, le *Manitoba Health Services Insurance Plan*, est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un «régime d'assurance-santé» tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par la Commission des services de santé du Manitoba, organisme à but non lucratif créé par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ce régime s'étend aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

La Commission doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel incluant un bilan vérifié, ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le bureau du Vérificateur de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie lorsque de telles installations sont disponibles. La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris la dialyse, dans un centre approuvé. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les médicaments et les pansements que les malades emportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services infirmiers privés; et les commodités personnelles comme la télévision, la radio, le téléphone, etc.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont dispensés aux assurés en vertu d'autres lois.

Régime de soins médicaux

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au cabinet du médecin ou au domicile du patient : le diagnostic et le traitement des incapacités et des maladies; les examens et analyses médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dispensés dans un établissement approuvé par la Commission; et les services d'immunisation, d'injection et d'analyses. Les services dentaires, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial agréé ou un dentiste agréé, comprennent : l'extraction chirurgicale de dents incluses; la réfection de traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche; et, en cas d'urgence ou à la demande spéciale d'un médecin, l'exécution d'une réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire, pratiquée par un médecin ou une personne participant à une telle intervention.

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont

services. En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement au régime les services fournis à certains groupes de patients spécifiques et par l'entremise d'un groupement médical, les services fournis dans des hôpitaux publics, des centres d'accueil et d'autres établissements. La proportion du nombre de médecins qui ne participent pas au régime par rapport à ceux qui y adhèrent a diminué de moins de 2 p. 100 depuis l'adoption de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé.

Rémunération raisonnable

Depuis quelques années, il existe un Comité mixte de la rémunération des médecins constitué de membres de l'Association médicale de l'Ontario, du gouvernement provincial, ainsi que d'un président neutre. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime qui soient acceptables pour les deux parties. En cas d'impasse, on a recours aux services du président qui agit à titre d'enquêteur. Le processus de négociation est actuellement à l'étude par les parties.

Des membres du gouvernement et de l'Association dentaire de l'Ontario négocient des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime qui visent les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux.

Au cours de 1991-1992, 4 563 564 531 \$ ont été versés pour les soins médicaux. Cette somme comprend les paiements pour les services de médecin et de laboratoire. Le régime a déboursé 12 619 084,50 \$ pendant l'année financière 1992-1993 pour les services médicaux reçus à l'extérieur de la province (le système de facturation médicale rétrograde, à l'exception du Québec).

Services complémentaires de santé

Le ministère de la Santé subventionne les soins prolongés fournis dans les centres d'accueil, les foyers pour personnes âgées et les établissements de charité qui relèvent du ministère des Services sociaux et communautaires. De plus, il existe des services de soins actifs et de soins chroniques qui comprennent des services comme la dialyse à domicile et les services pour la suralimentation. L'Ontario entend une réforme importante et détaillée de la prestation, du financement et de l'administration des services de soins prolongés qui mettra l'accent sur les services communautaires et les services à domicile comme alternatives aux services traditionnels de soins en établissement.

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises aux hôpitaux par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs pour logement et pension imposés aux malades atteints de maladies chroniques après 60 jours sont autorisés. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas des personnes dans le besoin.

En 1991-1992, on comptait 223 hôpitaux publics dans la province, dotés en personnel et en fonctionnement dans des sections de soins chroniques, généraux et de réadaptation spéciale. Pendant l'année financière, le nombre de jours-patients aigus était plus de 9 638 104 et le nombre de jours-patients chroniques était plus de 3 949 562 dans les hôpitaux publics.

Un nombre adéquat de médecins assure un accès raisonnable aux services médicaux. Le Programme des services aux régions sous-développées vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Deux programmes ont été mis sur pied à l'intention des résidents du nord de l'Ontario : le Programme incitatif à l'établissement de médecins spécialistes dans le Nord, qui procure une aide financière aux spécialistes qui pratiquent dans le nord de l'Ontario, et la Subvention pour frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants du Nord de l'Ontario, qui fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir plus de 100 kilomètres (aller) dans le nord de l'Ontario ou du Manitoba, ou plus de 200 kilomètres (aller) pour se rendre à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux spécialisés.

L'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Ceux qui facturent directement le malade ne peuvent demander ni accepter de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de rembourquement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte des facteurs suivants : l'inflation, l'accroissement de la charge de travail, l'introduction de nouveaux programmes approuvés et l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois. En 1990-1991, l'Ontario a versé un montant évalué à 6,4 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements sous contrat pour les services assurés. En 1991-1992, un montant évalué à 306 488 338 \$ a été versé aux hôpitaux hors de la province pour les services assurés fournis aux résidents de l'Ontario.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont essentiellement payés à l'acte, selon le barème des honoraires prévu dans le Règlement 452 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer à ce dernier tous les services, ou de ne pas participer au régime et de facturer aux patients spécifiquement tous les

armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada; les détenus libérés d'établissements pénitentiaires ou correctionnels; les immigrants reçus; les Canadiens revenant au Canada pour s'établir en Ontario; les patients qui ont obtenu leur congé d'un établissement de soins psychiatriques en Ontario; et les étudiants étrangers inscrits dans un établissement d'enseignement ontarien pour plus d'un an. En sus, une couverture immédiate, sur une base rétroactive, est fournie aux personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province et autorisées à travailler pour une période de plus de trois mois.

Les résidents doivent demeurer en Ontario pendant au moins six mois de chaque période de 12 mois pour maintenir la couverture.

Un résident qui avise le ministre de la Santé, par écrit, peut être admissible à la couverture continue lorsqu'il est temporairement absent de l'Ontario pour une période dépassant six mois.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces et les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province ou du territoire où le malade a été hospitalisé. En ce qui a trait à la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. L'Ontario participe également à une entente de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et les territoires, à l'exception du Québec, en ce qui a trait aux services médicaux assurés.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les coûts d'hospitalisation à l'extérieur du pays sont remboursés aux taux fixes de *per diem* de l'Ontario de 200 \$ ou 400 \$ canadiens, selon le niveau des traitements reçus. Un remboursement de 400 \$ par jour s'appliquera aux soins intensifs de haut niveau en milieu hospitalier dans des cas tels que des chirurgies effractives, l'administration de l'anesthésie ou le rétablissement après une chirurgie. Une limite de 200 \$ a été fixée pour la réadaptation et les autres soins médicaux moins intensifs tels que ceux qui sont fournis aux toxicomanes, aux personnes atteintes de maladie mentale et aux personnes souffrant de troubles alimentaires.

Les résidents de l'Ontario qui se rendent à l'extérieur du pays dans le seul but de recevoir des services médicaux ou hospitaliers auront droit au remboursement de leurs frais d'hébergement hospitaliers aux taux susmentionnés. Les services médicaux à l'extérieur du pays seront remboursés aux taux fixés dans le barème des prestations du régime d'assurance-santé de l'Ontario, comme dans le passé.

Une seule exception à la règle susmentionnée concerne les traitements hospitaliers qui ne sont pas disponibles en Ontario ou les cas où le patient est en danger de mort ou que des torts irrémediables pèsent sur sa santé. Dans de tels cas, sous réserve d'une autorisation préalable écrite du Ministère, les services médicaux et hospitaliers seront payés en entier.

Pour qu'un patient de l'Ontario soit admissible au paiement total des services médicaux et hospitaliers, la demande d'approbation préalable de paiement des services de santé hors pays doit être remplie par le médecin du patient.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Ontario pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire de l'Ontario pendant la période d'attente précédant l'entrée en vigueur du régime de la province ou du territoire de résidence, ou jusqu'au premier jour du troisième mois après le départ, quel que soit celui qui vient en premier. Un résident de l'Ontario qui déménage à l'étranger de façon permanente est admissible aux services assurés jusqu'à trois mois de la date qu'il a cessé d'être résident.

examens médicaux et les tests; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; et les immunisations, les injections et les tests. Les services dentaires assurés comprennent : le traitement des blessures traumatiques; les incisions chirurgicales; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homéogreffes; les implants; et les reconstructions faites dans un hôpital à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain et les procédures dentaires, médicalement nécessaires, faites dans un hôpital.

Outre les services de santé assurés de base, le ministère de la Santé offre également les services suivants : une évaluation oculo-visuelle par un optométriste; un programme d'assurance-médicaments pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont légalement le droit de demeurer au Canada et qui résident en Ontario, et les bénéficiaires de l'aide sociale; un programme d'appareils et de prothèses tels que les prothèses auditives, les fauteuils roulants, l'équipement respiratoire et les fournitures, et une subvention annuelle pour les aiguilles et les seringues destinées aux personnes âgées diabétiques qui ont besoin d'insuline; un programme de subvention pour les frais de transport à des fins médicales accordé aux habitants du nord de l'Ontario; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes et de chiropodistes, et les services de physiothérapeutes dans une installation désignée à cette fin.

Les services non assurés comprennent : les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la région d'exercice; les frais liés aux appels interurbains; la préparation ou la remise d'un médicament, d'un antiseptique ou d'une autre substance; les conseils donnés par téléphone suite à la demande de la personne assurée ou de son représentant; une entrevue ou une conférence de cas; la préparation et la transmission d'un dossier à la demande de la personne assurée; un service exigé par la loi ou un règlement ou qui s'adresse à une personne autre que le patient; la rédaction d'une ordonnance lorsque aucun service connexe n'est rendu; la chirurgie esthétique; les procédures liées à l'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de dépistage de groupe; et les programmes de recherche et d'enquête. Cette liste n'est pas exhaustive et est sujet à des exceptions. Voir l'article 53 du Règlement 452 de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario et le barème des prestations des médecins.

Universalité

Tous les résidents, sauf les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les membres réguliers des Forces armées canadiennes, les détenus des établissements pénitentiaires ou correctionnels et les patients dans des institutions destinées aux personnes souffrant de troubles mentaux, dont le domicile se trouve en Ontario et qui s'y trouvent habituellement, sont admissibles aux services assurés après un certain délai de carence (voir l'article 11 de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario). Chaque résident de l'Ontario doit s'inscrire et inscrire toute personne à sa charge. Les résidents de l'Ontario ont droit selon des modalités uniformes à tous les services assurés, soit les services hospitaliers, médicaux et dentaires dispensés dans un hôpital, pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Les résidents ont droit aux services assurés dans les trois mois qui suivent leur arrivée dans la

province.
La couverture est disponible pour les personnes suivantes établissant la résidence en Ontario : les personnes provenant d'une autre province ou d'un territoire, qui ont cessé d'être admissibles au titre de leurs régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé; les membres libérés des Forces

Le régime d'assurance-santé est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un « régime d'assurance-santé » tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, afin d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé, par des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux malades hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédés diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie; les médicaments et les thérapies à l'aide de médicaments pour les patients atteints de fibrose kystique et de thalassémie administrés dans les hôpitaux désignés; et tous les aspects de la fécondation *in vitro* dans les hôpitaux désignés.

La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris : les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'audiologie, de psychologie et d'orthophonie là où elles existent; des services de consultation en matière d'alimentation; l'utilisation du matériel pour l'hémodialyse et la suralimentation à domicile; les fournitures et les médicaments; l'approvisionnement du matériel, des fournitures et des médicaments aux hémophiles; la cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe; le médicament AZT pour les patients atteints du sida; et l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; le téléphone; la télévision; les coûts des services infirmiers privés; la chirurgie esthétique; dans la plupart des cas; les provisions de médicaments emportées à la maison par les patients, avec certaines exceptions; et les visites à l'hôpital, dans les limites de la province, uniquement pour l'administration de médicaments autres qu'un sérum antirabique, l'AZT et l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario offre également les services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques de la province; la composante des résidences au Programme pour foyers de soins spéciaux; les services ambulanciers (par voies aériennes et terrestres); les traitements dentaires pour les personnes ayant un bec de lièvre et une fissure du palais, inscrites à une clinique désignée; et le financement d'un programme de dépistage du cancer du sein, pour la province.

Régime de soins médicaux

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les

par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les professionnels de la santé est assurée par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1992-1993, la Régie a versé un montant évalué à 2 133 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,9 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les soins intermédiaires, les soins aux adultes en établissement et les services de soins à domicile sont disponibles. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont basées sur un outil d'évaluation unique. Les centres locaux de services communautaires (CLSC) reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou dirigent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, des services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients, en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Les étudiants, stagiaires, fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif oeuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés sous forme d'assurance-hospitalisation à 100 p. 100 dans les cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans d'autres cas quand les services sont dispensés dans la région où ils sont en poste.

Les services médicaux sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement encourus. Les professionnels de la santé reconnus sont les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccaux, les optométristes et les pharmaciens. Tous les services assurés à l'intérieur de la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger en milieu hospitalier des soins qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec approbation préalable. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois.

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Il n'y a aucuns frais de surfacturation par les médecins dans la province. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial mais le Québec permet deux autres options, soit : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale; et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 1992-1993, il y avait 124 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 33 710 lits. Il y a eu près de 775 000 patients admis dans des hôpitaux de courte durée et près de 10 603 000 jours-patients pour l'année financière 1992-1993.

Paievements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis. Les paiements effectués en 1992-1993 aux hôpitaux de la province pour les services de santé assurés fournis aux résidents du Québec se sont élevés à environ 6,1 milliards de dollars et ceux effectués aux hôpitaux de l'extérieur se sont élevés à environ 109 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province ou un territoire du Canada devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province ou du territoire d'origine, pour autant que la personne soit inscrite à la Régie.

Les personnes temporairement absentes de la province, ainsi que les personnes à leur charge, par exemple, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, et les personnes absentes pour moins de 12 mois consécutifs maintiennent leurs prestations, avec préavis à la Régie.

Les résidents qui séjournent hors du Québec pour d'autres fins demeurent admissibles s'ils ne maintiennent pas de résidence hors du Québec et que leur absence est inférieure à 12 mois.

Les personnes qui gardent une résidence à l'extérieur du Québec sont soumis au règlement de 183 jours (six mois et un jour) de présence, au Québec, par année.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents, les Canadiens rapatriés, les Canadiens revenant au pays, les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération. En sus, une couverture immédiate, sur une base rétroactive, est fournie aux personnes venant de l'étranger qui sont dans la province en vertu de permis de travail.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation convenu entre les provinces et territoires du Canada, soit au niveau établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou le territoire d'accueil, ou au niveau tarifaire interprovincial et interterritorial approuvé pour les services de consultation externe.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé, ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le taux des honoraires de l'Ontario lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Ontario. Cette entente portant sur le paiement des services offerts dans la province d'accueil pour la région d'Ottawa et de l'Outaouais est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada sont remboursés par la Régie, habituellement en dollars canadiens, en situation d'urgence ou de maladie subite jusqu'à concurrence de 488 \$ canadiens par jour s'il y a eu hospitalisation, incluant le cas d'une chirurgie de un jour, ou de 58 \$ par visite pour les soins dispensés sur une base externe, incluant dans les deux cas les services diagnostiques et thérapeutiques associés. Les services doivent être dispensés dans un établissement reconnu accrédité comme hôpital ou centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement en relève. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres refuges analogues.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les services reçus par les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains résidents du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et les prestataires de la Sécurité du revenu, les services optométriques, les services dentaires et les prothèses dentaires ou acryliques pour les enfants; les prothèses, les appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements pour les personnes atteintes d'une déficience ou d'une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives et visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils permanents fournis aux stomisés; les services pharmaceutiques et les médicaments prescrits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'Allocation au conjoint et celles de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de Sécurité de la vieillesse; et les médicaments non inscrits sur la liste pour les patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques.

Les services qui ne sont pas considérés comme assurés sont : tout examen ou service non lié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que tel service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou autres formalités lorsque requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection faite à un groupe ou faite pour certaines fins; tout service rendu par un médecin sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur ou une association ou organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée pour fins de dépistage, la tomodensitométrie, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que tous ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier; tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme à moins qu'un tel service ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier autorisé à cette fin.

Régime de soins médicaux

Les services comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; et les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, ou dans un établissement universitaire, déterminé par règlement.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un organisme public établi par le gouvernement provincial qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires.

Deux classes de centres hospitaliers sont établies pour le traitement des maladies physiques et mentales, soit les centres hospitaliers de soins de courte durée et les centres hospitaliers de soins de longue durée qui assurent des soins et traitements continus pour une période moyenne supérieure à 90 jours.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers de courte durée et de longue durée tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée et dans les centres locaux de services communautaires.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : le logement dans une salle commune et les repas; les soins infirmiers nécessaires; la fourniture du matériel de chirurgie courante; les services diagnostiques; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; la fourniture des médicaments, des prothèses et orthèses et des produits biologiques et les préparations s'y rattachant; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électro-chocs; l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure; la radiothérapie; les services diagnostiques; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; et d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : ceux à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; et la réanastomose des trompes ou des canaux déférents.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport ambulancier pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques commandés après que le patient est sorti de l'hôpital; et les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents de travail* ou d'autres législations fédérales ou provinciales.

Services complémentaires de santé

En vertu du Programme de services en centre d'accueil, les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés sous les auspices de la Division des services en établissements du ministère de la Santé et des Services communautaires à titre de services non assurés. Les établissements de soins aux adultes et les soins qui y sont prodigués existent grâce à divers organismes et sources de financement. La Division des services sociaux, familiaux et communautaires du Ministère est responsable des programmes de résidences communautaires et de foyers de soins spéciaux, des services communautaires pour les personnes âgées et des services communautaires dans le cadre de programmes pour adultes handicapés.

Des soins de santé à domicile sont fournis par l'entremise de l'hôpital extra-mural.

diagnostique qui sont payés à 60 p. 100 du compte si le service est offert dans la province, ou à 70 p. 100 si tel n'est pas le cas).
L'approbation préalable est requise pour les traitements d'intoxication aux patients hospitalisés dans des établissements à l'étranger.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province
Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province ou le territoire. Toute personne qui quitte le Canada pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les personnes admissibles ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit aux services assurés.
Les statistiques préliminaires des hôpitaux pour 1992-1993 sont les suivantes : nombre de jours-patients – 1 157 267 (à l'exclusion des nouveau-nés); nombre d'admissions – 121 054; nombre de congés – 121 277; et nombre de consultations pour des soins d'urgence – 952 315. En plus, il y eu 1 318 165 jours-patients, 11 054 admissions et 11 054 congés de l'hôpital extra-mural.
Au cours de l'exercice 1992-1993, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont dispensé 5,5 millions de services en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province en ont dispensé 198 000, ce qui donne comme total 5 698 000 services.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux deux fois par mois. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés administrés dans la province sont estimées à 544 972,8 millions de dollars en 1992-1993. La province a de plus versé environ 37,1 millions de dollars pour les services hospitaliers fournis hors province aux résidents du Nouveau-Brunswick. Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont pour leur part reçu des autres provinces et des territoires près de 19,4 millions de dollars pour les services dispensés à des résidents de l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux doit en faire la demande au Ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les tarifs des services qui ne figurent pas dans ce barème sont établis par le Directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. Au cours de 1992-1993, les paiements faits aux médecins de la province en vertu des modalités de rémunération à l'acte se sont élevés à 164 888 500 \$. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à 7 085 739 \$.

Tous ces montants excluent l'hôpital extra-mural.

Transférabilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne venant d'une autre province ou d'un territoire a droit de devenir bénéficiaire du régime à partir du premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour, lorsque la résidence à temps plein au Nouveau-Brunswick est établie : les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers au moment de leur libération au Nouveau-Brunswick. Une personne peut être admissible à devenir bénéficiaire en vertu du régime d'assurance-maladie dès le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans la province en venant de l'extérieur du pays. Cela s'applique aux conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la première fois; les immigrants reçus; les Canadiens rapatriés; les Canadiens qui reviennent au pays; les immigrants reçus qui reviennent au pays; et les Canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois. En sus, une couverture est fournie aux personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de 12 mois ou plus.

Dès le 1^{er} janvier 1993, le Nouveau-Brunswick a augmenté ses exigences par rapport au délai minimal de résidence à 183 jours afin de les faire concorder avec les exigences d'autres compétences. Une personne admissible peut être temporairement absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 12 mois consécutifs, à moins qu'elle ne soit approuvée par le Directeur du régime d'assurance-maladie.

Les étudiants peuvent être temporairement absents annuellement quand ils font leurs études à temps complet dans une université ou dans un établissement à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence ailleurs. Les étudiants doivent en aviser le bureau d'assurance-maladie annuellement.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement aux hôpitaux des services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire concerné. Le paiement des services de consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut être fait directement à la personne, à l'établissement ou en vertu de facturation réciproque entre les hôpitaux.

À l'exception du Québec, les services médicaux assurés fournis dans toutes les provinces et dans les territoires sont payés en vertu d'un accord de facturation réciproque au taux de la province ou du territoire d'accueil. Certains services choisis, dont le coût est élevé, sont payés au taux approuvé par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Tous les services hospitaliers autorisés et dispensés à l'étranger sont remboursés, en dollars canadiens, quelles que soient les circonstances.

Les services aux patients hospitalisés offerts dans la province sont payés au tarif du Nouveau-Brunswick.

Les services aux patients hospitalisés qui ne sont pas offerts dans la province sont payés au tarif moyen pour salle commune de trois grands hôpitaux canadiens.

Tous les services médicaux autorisés et dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, quelles que soient les circonstances.

Les services médicaux qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick sont payés aux tarifs de l'Ontario ou du Québec (à l'exception des services de pathologie, de radiologie et d'ultrasonographie

voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou à la demande d'un tiers; d'autres services prescrits par les règlements administratifs ou les règlements médicaux régissant l'hôpital; les services dentaires dispensés par un médecin; la distance ou le temps des déplacements, sauf dans le cas où ils sont prévus dans le barème des honoraires; le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal; les services dispensés par des médecins aux membres de leurs familles immédiates; la psychanalyse; l'électrocardiographie lorsqu'elle n'est pas effectuée par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie; les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; l'acuponcture; et un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale.

En plus des services de santé assurés de base, le Nouveau-Brunswick fournit également un programme de médicaments sur ordonnance pour les résidents qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral, les patients qui vivent dans un centre d'accueil agréé, les cas confirmés de fibrose kystique, les personnes ayant besoin de traitement à la cyclosporine en raison d'une greffe, les personnes ayant besoin d'hormones de croissance, les personnes inscrites auprès de la province pour la fourniture d'AZT et les personnes qui reçoivent de l'aide au revenu.

Pour les personnes âgées qui ne sont pas admissibles à une couverture de médicaments sur ordonnance sans coût mensuel, le Programme de la Croix Bleue, Soins de santé pour les aînés, offre une couverture limitée, sur une base facultative sous réserve du paiement de primes, pour des prestations telles que les médicaments sur ordonnance, les services de chiropractie, les soins de la vue, les soins des pieds, les appareils auditifs, les orthèses, le matériel pour stomistes, les prothèses, et les services d'ambulance, dépendant du régime choisi.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le Programme de Services d'ambulance qui contribue financièrement aux services ambulanciers dispensés aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux malades transférés d'un hôpital à un autre. En outre, des subventions sont accordées à ces services pour l'achat d'ambulances, ainsi qu'à l'Ambulance Saint-Jean pour la mise en oeuvre de son programme de formation pour ambulance.

Universalité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes : les membres réguliers des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada; et les personnes des autres provinces ou territoires qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui sont admissibles à une protection en vertu de leurs régimes provinciaux ou territoriaux.

Pour avoir droit aux services de santé assurés, les bénéficiaires et les personnes qui sont à leur charge doivent être inscrits. Une fois inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui porte le nom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'assurance-maladie du résident. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement médical. Aucune prime n'est perçue. Dès le 1^{er} septembre 1992 la carte d'assurance-maladie comprenait également une date d'expiration.

Gestion publique

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime de services hospitaliers

Les services aux malades hospitalisés auxquels les personnes admissibles ont droit correspondent à ceux mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, y compris : l'hébergement et les repas en salle ordinaire; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres actes diagnostiques; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrées à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie et de physiothérapie, si disponibles. Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, là où ils existent; la radiothérapie; la physiothérapie; et les autres services de consultation externe offerts par les hôpitaux.

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services diagnostiques rendus au profit d'un tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérum ou de substances biologiques; les téléviseurs; les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; et tout service non visé par le barème provincial des services de médecins assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Les services fournis par le programme de l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick sont assurés. Aussi connu sous le nom de «*hospital at home*», l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme de prestation, aux malades à domicile, de soins actifs et palliatifs par des professionnels. Les patients sont admis sur recommandation de leurs médecins; les médecins prennent les dispositions pour l'admission du patient, prescrivent le traitement et ordonnent le congé comme dans les hôpitaux conventionnels. En 1987-1988, la formule a été étendue et le nombre total d'unités de l'hôpital extra-mural a été porté à 14. En 1992-1993, elle a été étendue davantage à six autres régions. À partir du 1^{er} avril 1990, l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a élargi son éventail de services pour inclure les services de soins prolongés. Cet éventail de services a été défini comme étant la phase II du mandat du programme et faisait auparavant partie d'un service de santé publique.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme étant l'ensemble des services médicalement requis fournis par un médecin, certains services médicalement requis fournis par des chirurgiens

moins de 19 ans.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus au barème des honoraires; l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'un tiers; les immunisations, examens ou certificats pour fins de

Le *Coordinated Home Care Program* comprend des services d'aides familiales, de soins personnels, de soins infirmiers, de logement et une gamme de services de bénévoles destinés aux personnes âgées, aux handicapés et aux familles à risque. Les services infirmiers contractés sont fournis par les infirmières de l'Ordre de Victoria et par *Martha Home Health Care*. Les infirmières de santé communautaire du ministère de la Santé fournissent des services dans des régions où il n'existe pas d'infirmières de l'Ordre de Victoria. L'admission au Programme est coordonnée par 31 organismes désignés d'aides familiales ou des municipalités, situés dans différentes régions de la province.

Paiements aux hôpitaux

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit : les hôpitaux présentent leurs prévisions budgétaires au Ministre, qui est autorisé par règlement à les examiner et à les analyser. C'est à partir des prévisions approuvées que le régime détermine les paiements qui seront faits annuellement aux hôpitaux. En 1992-1993, la Nouvelle-Écosse comptait 4 996 lits d'hôpitaux. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts d'exploitation liés aux services dispensés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques se sont élevées à 800 millions de dollars. En tout, 11 millions de dollars ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province pour des services assurés dispensés à des résidents de la Nouvelle-Écosse. Le nombre total de congés de tous les hôpitaux s'est élevé à 153 396. Le nombre de jours-patients dans tous les hôpitaux s'est élevé à 1 380 110.

Mode de paiement des soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés dispensés aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins salariés et à contrat.

Rémunération raisonnable

La *Health Services and Insurance Act* autorise le Ministère à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la *Medical Society* et la *Dental Association* et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par négociation. Au cours de 1992-1993, 234 882 760 \$ ont été versés aux médecins de la Nouvelle-Écosse. Les paiements effectués par le Ministère pour des services médicaux dispensés à l'extérieur de la province se sont élevés à 3 770 639 \$.

Services complémentaires de santé

En avril 1992, le gouvernement a annoncé le transfert des *Nursing Homes* et des *Homes for the Aged* au ministère de la Santé, et le transfert des éléments infirmiers du *Coordinated Home Care Program* au ministère des Services communautaires, changements qui entreront en vigueur le 1^{er} avril 1993. En 1992-1993, les soins résidentiels aux adultes et les soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés par un réseau de foyers de soins spéciaux variés (par exemple, foyers pour personnes âgées, centres d'accueil, établissements de soins résidentiels). Le ministère provincial des Services communautaires administre ces programmes. Les municipalités accordent de l'aide aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Le coût est pris en charge par les municipalités dans une proportion de 66,66 p. 100.

Au cours de 1992-1993, le ministère des Services communautaires a établi des taux pour tous les *Homes for Special Care*.

Bien que la responsabilité pour les soins à domicile soit transférée au ministère des Services communautaires le 1^{er} avril 1993, la structure du *Coordinated Home Care Program* a demeuré intacte en 1992-1993. Le ministre des Services communautaires préside l'Agence de coordination des soins à domicile, la *Home Care Coordinating Agency*, composée de ministres et de sous-ministres provenant des Services communautaires, de la Santé, du Logement, des Affaires municipales et du Secréariat du troisième âge. Ce groupe approuve la politique issue de la planification et de la collaboration entre les ministères en vue d'assurer la prestation de services par l'intermédiaire de sept coordonnateurs régionaux. Ce programme a été mis sur pied dans un comté de la province en septembre 1988; à la fin du mois de mars 1990, il était en vigueur dans toute la province. La loi sur les soins à domicile coordonnés, la *Coordinated Home Care Act*, est entrée en vigueur plus tard au cours de l'année 1990.

Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une extension de couverture. Les étudiants qui résident habituellement en Nouvelle-Écosse et qui étudient à temps complet dans une école à l'extérieur de la province sont couverts pourvu qu'ils reviennent dans la province au moins une fois tous les 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur la facturation réciproque. Les services hospitaliers sont payés au taux de *per diem* de l'hôpital d'accueil et les soins médicaux dispensés ailleurs au Canada sont payés au tarif en vigueur dans la province où ils sont fournis. Quant aux soins médicaux, le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin la responsabilité de faire lui-même la demande.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les frais de services hospitaliers dispensés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont couverts, en dollars canadiens, dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada.

Les services hospitaliers sont payés au moindre des deux tarifs suivants : la moyenne des frais demandés quotidiennement dans les hôpitaux de la région métropolitaine d'Halifax au moment où les services sont dispensés ou le taux de *per diem* de l'hôpital où le service est fourni. Les traitements non urgents, les services hospitaliers reçus par une personne dans un hôpital psychiatrique ou dans un centre de désintoxication vers lequel elle n'a pas été dirigée, et les services hospitaliers externes sont exclus de la couverture accordée à l'étranger.

Les frais de services médicaux dispensés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont payés, en dollars canadiens, aux tarifs de la Nouvelle-Écosse, dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada. Les spécialistes de la Nouvelle-Écosse doivent recevoir l'approbation préalable avant de diriger les résidents vers des traitements non urgents à l'étranger. Il faut toutefois que le service en question ne soit offert ni dans la province ni ailleurs au Canada. Le ministre de la Santé de la Nouvelle-Écosse détermine le paiement applicable aux services non urgents approuvés et aux services qui ne sont pas offerts au Canada. Il faut obtenir l'approbation préalable dans le cas de résidents adressés à des hôpitaux psychiatriques ou à des centres de désintoxication à l'étranger si le service n'est pas offert au Canada. Le dossier est soumis à un comité consultatif médical, qui peut être tenu de recommander l'approbation du Ministre selon les cas.

Dénégement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents qui vont s'établir en permanence ailleurs au Canada ont droit aux services assurés pendant les trois mois qui suivent leur départ, période à laquelle on ajoute un temps raisonnable pour le déplacement.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse qui élisent définitivement domicile à l'étranger n'ont plus droit aux services assurés dès le jour de leur départ.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou de surfacturation ne sont exigés en vertu des deux régimes. Plus de 90 p. 100 de la population habite à moins de 30 minutes de l'un des 44 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires d'Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés aux résidents.

Régime de soins médicaux

Les services assurés sont tous les services dispensés par les médecins et reçus d'un point de vue médical ou considérés comme tels. Certains traitements de chirurgie dentaire considérés d'un point de vue médical comme devant être pratiqués à l'hôpital sont également assurés.

Les services non assurés comprennent les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les frais de déplacement ou de délaïs; les conseils ou les ordonnances par téléphone; les examens reçus par un tiers; les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient approuvées par le Ministre; la préparation de certificats ou de rapports; le témoignage en cour; les services de laboratoire ou de radiologie diagnostique dispensés en Nouvelle-Ecosse; les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électro-encéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; l'inversion de la ligature des trompes ou de la vasectomie; et la fécondation *in vitro*.

Outre les services de santé assurés de base, la couverture limitée est également offerte pour les services suivants : les examens de la vue par des optométristes pour les enfants et les personnes âgées; les médicaments d'ordonnance pour les personnes âgées; un programme spécial d'assurance-médicaments pour les personnes qui souffrent de certaines maladies chroniques; un régime de soins dentaires pour les enfants; un programme de soins dentaires spécial pour certains groupes de clients; les services de prothèses, y compris la couverture pour les prothèses mammaires; et un programme de services ambulanciers subventionnés.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi, tous les résidents de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. De plus, les résidents sont assurés en fonction du remboursement des services médicaux assurés aux tarifs établis. Ces services hospitaliers et médicaux sont disponibles selon des modalités uniformes. Cette disposition assure le droit à la couverture à 100 p. 100 des résidents de la province. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Ecosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs de la province. L'admissibilité au régime pour les résidents ne dépend pas d'une inscription préalable. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent de façon permanente en Nouvelle-Ecosse ont droit aux services de santé assurés par les régimes à compter du premier jour du troisième mois qui suit leur établissement dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories de résidents deviennent bénéficiaires dès le premier jour, notamment les immigrants reçus, les militaires qui retournent à la vie civile, les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux et les Canadiens qui rentrent au pays. La couverture à titre rétroactif est également accordée dès le premier jour aux non-Canadiens qui ont un permis de travail leur permettant de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé.

Depuis septembre 1991, le *Medical Services Insurance Plan* est administré et géré sans but

lucratif par une autorité formée de la *Insured Professional Services Division* du ministère de la Santé

et de la *Maritime Medical Care Incorporated*. À ce moment-là, la *Health Services and Insurance*

Commission a été intégrée dans le Ministère, et la législation formalisant le changement a été

prononcée en juin 1992. La *Maritime Medical Care Incorporated* est l'agent administratif et financier

de la province pour le *Medical Services Insurance Program*. Pour chaque année financière, la

Maritime Medical Care Incorporated doit préparer, à l'intention du Ministère, un rapport de ses

comptes et activités concernant le régime. Les livres, dossiers et comptes de la *Maritime Medical*

Care Incorporated doivent porter sur leurs tâches, fonctions et responsabilités en vertu de la loi

provinciale.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les

registres et livres comptables du ministère de la Santé, et de la *Maritime Medical Care Incorporated*,

concernant les deux régimes.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle

commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et

autres services diagnostiques; les médicaments; les produits biologiques et les préparations connexes

administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération,

d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de

physiothérapie là où ils existent; et les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins

thérapeutiques.

Les services de consultation externe comprennent : les épreuves de laboratoire et les examens

radiologiques; les épreuves diagnostiques à l'aide d'isotopes radioactifs; les électroencéphalographies;

l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie lorsqu'il en existe; les soins infirmiers

nécessaires; les médicaments; les produits biologiques et les préparations connexes; le sang ou les

fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des

interventions médicales et chirurgicales mineures; les soins de jour aux diabétiques; les services, autres

que les services médicaux, dispensés par la *Nova Scotia Hearing and Speech Clinic* et la *Cancer*

Treatment and Research Foundation of Nova Scotia dans leurs locaux; les services d'échographie

diagnostique; la nutrition parentérale à domicile; la radiothérapie pour les affections non malignes; et

l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou

semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et produits

biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le

rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; les interventions

pratiquées dans le cadre d'essais cliniques; et les services requis par un tiers (c'est-à-dire les

compagnies d'assurance) qui ne sont pas considérés médicalement nécessaires.

Le ministère de la Santé administre le Programme de dépistage de cancer du sein.

Services complémentaires de santé

Mode de paiement des soins médicaux

Les praticiens présentent une demande de règlement à la Commission, avec toute l'information requise pour la justifier, suivant les modalités du barème des honoraires. Ils doivent le faire dans les six mois qui suivent la date de la prestation de service. Si la demande est conforme à la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, le paiement est fait au médecin toutes les deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et la *Dental Association* ont donné lieu à des ententes signées concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période allant du 1^{er} avril 1990 au 31 mars 1993.

Au cours de 1992-1993, la Commission a versé un montant évalué à près de 29,4 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant des services médicaux hors de la province s'élevait à près de 2,6 millions de dollars.

Les services complémentaires de santé sont fournis principalement par l'intermédiaire de la *Division of Community and Residential Services* au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette division consiste en les programmes offerts précédemment par la *Division of Aging and Extended Care* et la *Division of Home Care and Support*. De plus, cette nouvelle division offre plusieurs des services qui étaient offerts par la *Housing Corporation*. Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés principalement dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et les centres d'accueil privés qui détiennent un permis. Le gouvernement provincial finance, si nécessaire, 90 p. 100 des lits dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et 50 p. 100 des lits dans les centres d'accueil privés. Les fonds sont accordés en fonction de l'urgence des besoins évalués sur les plans fonctionnel et financier. En vertu de la *Community Care Facilities and Nursing Homes Act* de 1988, une Commission, relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, est maintenant responsable de l'agrément des centres d'accueil privés. La *Division of Community and Residential Services* (qui gère les centres d'accueil publics) assume également la responsabilité de fournir du personnel à la Commission, d'effectuer les inspections et d'évaluer les clients afin de déterminer s'ils reçoivent les soins appropriés. Ce même processus d'évaluation est maintenant utilisé pour les clients qui reçoivent différents niveaux de soins dans tous les établissements de soins prolongés de la province. La *Division of Community and Residential Services*, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, coordonne et fournit des services sélectionnés de santé et sociaux par l'entremise de cinq bureaux régionaux. Les services offerts comprennent les soins infirmiers à domicile, la physiothérapie, les aides familiales, la protection des adultes, l'ergothérapie, et l'aide communautaire et la coordination. Les services sont disponibles à tous les groupes d'âge, mais ils sont utilisés principalement par les personnes âgées (75 p. 100).

Les services hospitaliers internes non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés, sous réserve de l'approbation préalable de la part de la *Hospital and Health Services Commission*, à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total du taux payé au titre des services internes à l'hôpital, y compris la chambre, les repas et les services hospitaliers jugés médicalement nécessaires, et sont payables en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Les services hospitaliers externes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés selon les taux en vigueur à l'Île-du-Prince-Édouard ou, dans les cas où ils s'appliquent, selon les taux canadiens appropriés, en dollars canadiens.

Les services hospitaliers externes non urgents qui ne sont pas disponibles au Canada, sous réserve de l'approbation préalable de la *Hospital and Health Services Commission*, sont payés à un taux correspondant à l'intégralité des frais hospitaliers approuvés.

Les frais pour les services médicaux, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés à 100 p. 100, en dollars canadiens, selon le barème des honoraires de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les services médicaux non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés à 100 p. 100 si l'approbation préalable a été obtenue de la part de la *Hospital and Health Services Commission*, et sont payés en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Il faut obtenir l'approbation préalable, par écrit, si le patient cherche à obtenir un traitement médical à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent en faire la demande.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents bénéficient de la protection intégrale du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de tous les avantages du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. En 1992-1993, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 505 lits. Il y a eu 23 521 admissions durant l'année financière et le nombre de jours-patients s'est élevé à 179 611.

Paiements aux hôpitaux

La Commission établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et effectue les paiements essentiellement aux deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget au cours de l'année ou bien sont examinées en vue de leur approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 1992-1993, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 74 617 400 \$ pour les frais d'immobilisation et d'exploitation. Un montant estimatif de 2 321 300 \$ a aussi été versé pour d'autres services tels les services d'ambulance et de transfusion sanguine. La Commission a payé un montant évalué à 12 279 631 \$ pour les services hospitaliers dispensés hors de la province.

Universalité

la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* de la province; et tout autre service que la Commission peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré. En plus des services de santé assurés de base, la province fournit également les services suivants : un programme de services ambulanciers subventionnés dans le cadre duquel des subventions sont accordées aux exploitants de services ambulanciers afin de réduire les frais à assumer par les résidents de la province; les soins dentaires courants pour les enfants; un programme de prothèses oculaires; et un régime d'aide pour l'achat de médicaments pour les personnes âgées et certains groupes.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois qui suit la date où elle a élu domicile.

A condition qu'ils s'inscrivent conformément au règlement, les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints des citoyens canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois, les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la *Loi sur l'immigration* (*Canada*) ainsi que les membres libérés des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ont droit à la protection du régime une fois que la date d'établissement de la résidence est fixée.

Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation de six mois de couverture. Les étudiants doivent retourner dans la province au moins une fois durant une période de 12 mois. Les absences régulières de moins de six mois par année sont permises pourvu que la résidence permanente ne change pas.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents de la province, mais encore au Canada, verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province ou le territoire où les services ont été dispensés (province ou territoire d'accueil), à condition que les services rendus soient conformes à ce que prévoient les règlements relatifs à la nécessité médicale.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés en dollars canadiens, à un taux ne dépassant pas le taux de *per diem* de l'hôpital Queen Elizabeth, à Charlottetown, ou celui de l'hôpital Victoria, à Halifax, Nouvelle-Ecosse (pour les services non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard).

Ile-du-Prince-Édouard

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par la *Hospital and Health Services Commission*. La Commission relève de la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes et les opérations financières.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ile-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments; les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie là où ils existent.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés : les radiographies pulmonaires au moment de l'admission à l'hôpital; les examens sérologiques de la syphilis; les commodités personnelles, comme le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; et les médicaments, les produits biologiques, et les prothèses et les orthèses utilisées par un malade hospitalisé ou un patient externe après le congé de l'hôpital.

En plus des prestations d'hospitalisation assurées, l'Ile-du-Prince-Édouard fournit également un programme de prothèses mammaires.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecine et de chirurgie dentaire nécessaires (par exemple, extraction chirurgicale de dents incluses, résection de racines, etc.) fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquels donnent droit d'autres lois provinciales ou fédérales; les frais de déplacement; à moins qu'ils ne soient approuvés par la Commission; les conseils ou les ordonnances délivrés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'un traitement anticoagulant; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe; à moins que la Commission ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication; le témoignage en cour; la chirurgie esthétique; à moins qu'elle ne soit requise pour de des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autre matériel

appareillé; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropractie, la podiatrie, l'optométrie, la chiropraxie, l'ostéopathe, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et autres traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fécondation *in vitro* (partiellement couverte); les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin traitant est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate, à moins qu'ils ne soient autorisés par la Commission; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de

soins prolongés, les soins en régions de longue durée, les soins à domicile, le maintien à domicile et le développement communautaire.

Depuis quelques années déjà, un programme a été mis sur pied permettant l'évaluation et le placement des patients dans des établissements de soins prolongés. Ces établissements sont situés à St. John's et dans la région de Eastern Avalon, et il existe une section de soins prolongés au *General Hospital* à St. John's. Le *Gander and District Continuing Care Program* se charge des formalités d'évaluation et de placement des patients de la région centrale de la province afin de faciliter l'accessibilité en temps opportun des patients qui le requièrent aux services de soins de longue durée (soins à domicile ou placement en établissement). La province poursuit ses efforts en vue d'étendre ce programme à d'autres régions de la province.

prétable n'est pas accordée pour les traitements faisant partie des services non urgents dispensés à l'étranger si ces services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui élisent domicile dans un autre pays.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Il n'y a aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. Le nombre total de lits dotés en personnel et utilisés se chiffre à 2 251, et il y a eu 838 271 jours-patients durant l'année financière.

Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et augmenter le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1992-1993, le régime de soins médicaux a versé 318 000 \$ en vertu du *Guaranteed Incentive Program*, qui comprenait un contrat passé avec les médecins de la région frontalière Labrador-Blanc Sablon.

Paievements aux hôpitaux

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par la *Hospital Services Division*. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas acceptés comme remboursement, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. En 1992-1993, le régime provincial a versé 455 314 600 \$ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve. Les paiements pour les services hospitaliers à l'extérieur de la province se sont élevés à 16 304 600 \$.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu du barème d'honoraires de la *Newfoundland Medical Care Commission*.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés de temps à autre entre la *Medical Care Commission* du gouvernement provincial et la *Newfoundland Medical Association*.

Au cours de 1992-1993, le gouvernement provincial a versé 128 727 000 \$ aux médecins de la province. Ce montant comprend les versements aux médecins salariés totalisant 25 252 000 \$. Pour des services fournis par des médecins de l'extérieur de la province la Commission a payé 3 293 000 \$.

Services complémentaires de santé

Le ministère provincial de la Santé offre des soins intermédiaires en centre d'accueil, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile par l'intermédiaire de divers établissements et programmes. Le ministère des Services sociaux assure également des services de soins et de maintien à domicile par l'entremise des programmes d'aide sociale. Parmi les programmes mentionnés : les centres d'accueil, les établissements de soins personnels surveillés, l'unité d'évaluation gériatrique, les

arrivée, tandis que les personnes qui arrivent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve, de même que détenus libérés des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime de soins médicaux est exigée aux fins de couverture. En sus, une couverture immédiate est fournie aux personnes venant de l'étranger qui sont autorisées à travailler pour un an ou plus (une période de moins d'un an est acceptée si les personnes sont autorisées à fournir un service essentiel).

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Une personne peut prendre jusqu'à huit mois de vacances annuelles pourvu qu'elle demeure dans la province pendant quatre mois de l'année (à l'étude actuellement).

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la «facturation réciproque», entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts des consultations externes sont payés aux taux interprovinciaux ou interterritoriaux approuvés.

À l'exception du Québec, le paiement des services médicaux assurés fournis dans toute autre province ou dans un territoire est effectué en vertu d'une entente de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Les demandes d'indemnités du Québec sont également remboursées au taux de la province ou du territoire d'accueil, mais le patient les présente directement à la *Newfoundland Medical Care Commission* sans tenir compte de l'entente de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes et externes à l'extérieur du pays sont remboursés en cas d'urgence ou de maladie subite. Il en va de même pour les services non urgents, à condition qu'ils ne soient pas offerts dans la province ni ailleurs au pays.

Le maximum payable dans le cadre du régime étatique d'assurance-hospitalisation pour les soins hospitaliers dispensés à des patients hospitalisés à l'étranger est de 350 \$ par jour, si les services assurés sont fournis par un hôpital communautaire ou régional. Si les services assurés sont fournis par un hôpital de soins tertiaires, soit un établissement hautement spécialisé, le taux approuvé est de 465 \$ par jour. Le taux approuvé pour les services externes est de 60 \$ par visite et le taux approuvé pour chaque traitement d'hémodialyse est de 210 \$. Les taux pour les services externes et l'hémodialyse sont les mêmes que ceux versés aux hôpitaux canadiens pour ces types de services. Les taux approuvés sont versés en devises canadiennes et seront révisés annuellement.

Les services médicaux sont couverts pour les urgences et les maladies subites et sont aussi assurés pour les services non urgents quand ils ne sont pas disponibles dans la province ou au pays. Ils sont payés au même tarif qui s'appliquerait à Terre-Neuve pour le même service. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve, ils sont habituellement remboursés aux taux de l'Ontario, ou aux taux qui s'appliquent dans une province où les services sont disponibles.

Si un résident de la province doit obtenir des soins hospitaliers spécialisés à l'étranger parce que les services assurés ne sont pas offerts au Canada, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût de ces services. Toutefois, il est nécessaire, dans ce cas, que les demandes de consultation de ce type reçoivent l'approbation préalable du ministère de la Santé. Le médecin traitant doit alors communiquer avec le ministère de la Santé et le régime de soins médicaux.

L'approbation préalable n'est pas requise pour les services médicaux. Toutefois, il est recommandé que le médecin obtienne l'approbation préalable de la part du régime, afin d'informer le patient des répercussions financières des services devant être fournis. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander le consentement préalable au nom de leurs patients. L'approbation

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui sont dirigés par un médecin spécialiste pour une greffe d'organe ou de moelle osseuse dans un centre médical canadien approuvé ont droit à l'aide financière en vertu du *Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Régime de soins médicaux

Les services assurés regroupent une vaste gamme de services dispensés pour des raisons médicales par des médecins généralistes et spécialistes : les consultations au cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations, dont l'anesthésie et les services de radiologie. Un nombre limité de services de chirurgie dentaire administrés à l'hôpital sont couverts en vertu du régime, comprenant l'administration de l'anesthésie générale pour ces procédures ainsi que d'autres procédures de chirurgie dentaire non assurées et administrées à l'hôpital.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la distribution, par un médecin, de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux et la délivrance d'ordonnances; les examens comme ceux requis pour l'embauche ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les lunettes; les médicaments, les vaccins, et le coût du matériel; les services dispensés par des praticiens tels que les optométristes, les chiropraticiens, les podiatres, les ostéopathes, les denturologues, les psychologues, les physiothérapeutes, les audiologistes et le personnel paramédical; les services ambulatoires et les autres modes de transport des malades; les comparutions en cour; tout service dispensé par un médecin à son conjoint et à ses enfants; le temps ou les frais de déplacement requis pour visiter un bénéficiaire; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les vaccinations avant un voyage; la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ou les conseils donnés par téléphone; ainsi que les services assurés en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre loi fédérale ou provinciale.

Régime de soins dentaires

En plus des services de santé assurés de base, le gouvernement provincial prévoit un régime de soins dentaires pour les enfants comprenant certains groupes de clients particuliers.

Régime de subventions de médicaments pour aînés

Le ministère provincial de la Santé prend en charge une partie des coûts des médicaments pour tous les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits au programme de la Sécurité de la Vieillesse.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents assurés de la province bénéficient des deux régimes, à l'exception des membres permanents des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Aucune prime n'est exigée. Cependant, il faut s'inscrire au régime de soins médicaux et être en possession d'une carte valide pour avoir accès aux services assurés.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la

province.

Le régime de soins médicaux est géré par la *Newfoundland Medical Care Commission*.

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et toutes les opérations financières sont vérifiées par le vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services de consultation externe. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires tels que : l'hébergement et les repas selon le régime standard ou de salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, y compris les isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services de consultation externe englobent : les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs; les électro-encéphalogrammes; les cardiogrammes et la détermination du métabolisme basal; l'usage des installations de physiothérapie et de radiothérapie, y compris les isotopes radioactifs, là où c'est possible; la consultation externe et les visites d'urgence; et les salles d'opération, y compris les fournitures, les plaques, les médicaments, ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales disponibles à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou autre avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (dispositions prises par le patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les radiographes ou autres services requis pour des raisons non médicales servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les médicaments et les appareils prescrits pour usage à domicile après le départ de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio à moins qu'ils ne soient utilisés aux fins d'enseignement; les échasses en fibre de verre; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; et les services liés aux avortements thérapeutiques pratiqués hors du Canada.

Le ministère de la Santé gère l'*Emergency Air Ambulance Program* pour le transport d'urgence des patients et des médecins, du sang, des incubateurs et autres fournitures et matériel médicaux vers des régions éloignées afin de permettre la tenue de séances de consultation. Le *Ground Emergency Ambulance Program* vise à favoriser l'accès des résidents à des services ambulanciers à un prix raisonnable. Dans les deux cas, les usagers sont tenus de payer des frais de participation. Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ont été adressés à un centre médical approuvé pour subir un traitement qui n'est pas disponible dans la région où ils demeurent, ou dans la province, ont droit à l'aide financière en vertu du *Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

- santé et du public à la gestion du système de soins de santé. [Le modèle de cogestion par la MSC et la *British Columbia Medical Association (BCMA)* n'était pas encore en place à la fin de l'exercice, parce qu'on ne s'était pas encore entendu sur un nouveau contrat avec la *BCMA*.]
- Les thèmes importants de la *Medical and Health Care Services Act* sont les suivants :
 - introduction du modèle de gestion tripartite impliquant le médecin, le gouvernement et le public;
 - reconnaissance d'autres professionnels de la santé à travers des sous-comités; et
 - autorité législative pour établir les limites de financement annuel qui seront administrées par la MSC.
- En outre, la *Medical and Health Care Services Act* précise les droits des bénéficiaires et des praticiens; elle donne une nouvelle définition du terme « résident»; elle augmente les compétences de la MSC en matière d'inspection et de vérification des comptes; enfin, elle assure le respect du caractère confidentiel des renseignements et prévoit la création d'un comité d'appel indépendant.
- On a entrepris une étude des services de diagnostic offerts aux habitants de la Colombie-Britannique; à la fin de l'exercice, cette étude se poursuivait.
- Yukon
 - Le *Joint Management Committee* a commencé à se réunir en janvier 1993 et a entrepris d'élaborer des initiatives de réforme du système de santé.
 - À la fin de l'exercice, la construction d'un établissement de soins prolongés, qui devait ouvrir ses portes le 1^{er} septembre 1993, était presque terminée.
 - Les gouvernements fédéral et territorial se sont entendus quant au transfert de responsabilité pour le *Whitehorse General Hospital*; ce transfert devait avoir lieu le 1^{er} avril 1993.

- Quinze unités de santé ont commencé à utiliser le *Community Health Immunization Information System (CHHIS)* en 1992-1993. Grâce à ce système, on peut automatiser les dossiers de santé et de vaccination des clients et les unités de santé peuvent surveiller plus facilement et plus efficacement la situation, en matière de vaccination, de la population qu'ils desservent. En cas d'épidémie (par exemple, d'épidémie de coqueluche), le système permet de trouver et de contacter rapidement les personnes à risque. Un système automatisé de tenue des dossiers permet de communiquer à un moment plus opportun avec les personnes qui doivent se faire vacciner.

- En septembre 1992, le *Provincial Advisory Committee on Health Research (PACHR)* a organisé le premier concours pour le *Health Services Research and Innovation Fund*. Ce fonds constitue un engagement à favoriser les innovations dans l'organisation et la prestation des services de santé, afin d'améliorer les résultats obtenus et la qualité des services, ainsi que de promouvoir la rentabilité. Pour relever les défis auxquels le système de santé doit faire face actuellement, on met l'accent sur les projets de recherche qui ont pour but d'améliorer la santé des Albertains ou de la maintenir, sans augmenter les coûts.

- On a créé une méthode et une approche analytique connexe pour évaluer de manière systématique les répercussions que les installations de gestion des déchets qu'on a proposé de construire auraient sur l'environnement et sur la santé de la population. Les unités de santé et les municipalités ont bien accueilli la méthode et l'approche proposées, qui seront mises à l'épreuve, l'année prochaine, dans le cadre de projets pilotes, à plusieurs endroits de l'Alberta.
- Durant l'exercice 1992-1993, on a élargi le *Acute Care Funding Plan*. Ce plan, qui couvre maintenant 70 hôpitaux, permet de financer les services aux malades hospitalisés. En outre, on a entrepris de créer un système de coûts par cas, propre au système de l'Alberta, pour faciliter la mise en place future d'un système de financement.
- Le document intitulé «*New Directions in Community Support*» a été publié en août 1992, sous la direction du *Home Care Program Advisory Committee*. Ce document donne un aperçu des stratégies à utiliser, dans l'avenir, pour guider la mise sur pied de soins à domicile.

Colombie-Britannique

- La *Medical and Health Care Services Act*, adoptée en juillet 1992, prévoit la création de la *Medical Services Commission (MSC)*, organisme tripartite composé de trois représentants des professions médicales, de trois représentants du gouvernement et de trois représentants du public. Cette loi établit également un système de sous-comités qui prévoit le même partenariat tripartite pour les praticiens fournissant des prestations complémentaires couvertes par le *Medical Services Plan*. Selon la nouvelle commission, les prestataires de services, le gouvernement et le public participent tous à l'établissement de politiques et à la gestion des fonds.

- À la fin de l'exercice 1992-1993, on avait déjà créé des sous-comités tripartites indépendants pour chacun des groupes de praticiens de la santé suivants, à savoir les chiropraticiens, les dentistes, les massothérapeutes, les naturopathes, les optométristes et les podologues. La création de ces sous-comités suit l'approche de la *British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs*, qui consiste à augmenter la participation des prestataires de soins de

- Le 31 mars 1993, on adoptait la loi intitulée *Health Services Insurance Amendment and Consequential Amendments Act*. Par cette loi, le ministre de la Santé mettait en vigueur un plan de gestion stratégique pour fusionner la *Manitoba Health Services Commission* et la *Manitoba Health*. Le ministre de la Santé assumait toutes les responsabilités qui incombaient jusqu'alors à la *Manitoba Health Services Commission*, exception faite de certains appels et de certaines fonctions consultatives.

- La *Manitoba Health* a été réorganisée; on l'a divisée en cinq directions : *Financial and Management Services, Healthy Public Policy Programs, Continuing Care Programs, Provincial Mental Health Services and Hospitals* et *Community Health Services*. En outre, on a créé l'*Evaluation and Audit Secretariat*, qui relevait directement du Sous-ministre.
- Un nouvel organisme quasi-judiciaire, le *Manitoba Health Board*, devait s'occuper des appels et remplir certaines fonctions consultatives et administratives. À la suite de l'adoption de la *Health Services Insurance Amendment and Consequential Amendments Act*, on a dû modifier, outre la *Health Services Insurance Act*, plus d'une douzaine d'autres lois et plusieurs règlements.

- Le ministre de la Santé a publié un rapport intitulé «*Quality Health for Manitobans - The Action Plan*», qui contient une stratégie pour assurer l'avenir du système de soins de santé du Manitoba. Ce plan d'action donne un aperçu des objectifs du Manitoba dans ce domaine, qui consistent notamment à transférer des ressources des secteurs les plus coûteux du système de soins de santé à des services communautaires plus efficaces et moins coûteux. Il en résultera un système modifié, offrant des services dont les Manitobains ont besoin et qui peuvent également être offerts dans un cadre autre que celui du système actuel. Cela ne signifie pas qu'on coupera des services, mais que les services coûteront moins cher.
- La réforme du système de soins de santé mentale se poursuit activement à l'échelle de toute la province; dans le cadre de cette réforme, on mettra davantage l'accent sur les services communautaires que sur les services en établissement. Ainsi, à Winnipeg, on a supprimé, dans les hôpitaux généraux, 65 lits réservés à des adultes nécessitant des soins psychiatriques aigus généraux; les patients recevront ces soins par l'entremise de services communautaires.

Saskatchewan

- Pendant l'exercice qui se terminait fin mars 1993, on a créé, dans cette province, les conseils de santé de district suivants : le *Regina Health Board*, le *Saskatoon Health Board*, le *Mid-West Health Board*, le *Twin Rivers Health Board*, le *Moose Jaw-Thunder Creek Health Board* et le *Prince Albert Health Board*, et l'on devait mettre en place les 24 autres conseils de santé avant le 17 août 1993. Les conseils d'administration des hôpitaux, le conseil des foyers d'accueil et le conseil pour les soins à domicile ont été remplacés par un seul et unique conseil. La première étape du processus de réforme du système de santé est le changement de la structure de gestion. La *Health Districts Act* a été adoptée le 3 mars 1993.
- En septembre 1992, on a ouvert une clinique permanente de dépistage du cancer du sein à Saskatoon et une clinique satellite à North Battleford. L'année suivante, on a ouvert d'autres cliniques satellites, à Swift Current et à Yorkton.

infirmiers du *Coordinated Home Care Program* serait confié au ministre des Services communautaires, à compter du 1^{er} avril 1993.

Nouveau-Brunswick

- Un certain nombre de modifications du système de services hospitaliers ont été adoptées et appliquées dans le corps législatif provincial par le ministre de la Santé et des Services communautaires. Ces modifications découlent de l'adoption d'une méthode de prestation des services basée sur la région, employée à l'échelle de toute la province, et ayant pour but d'augmenter l'efficacité sur le plan administratif, de réduire le double emploi et de créer un moyen plus efficace de gérer les ressources en matière de services hospitaliers.
- Le dévoilement, en juin 1992, de la politique de santé et du bien-être constitue une étape importante de la réforme des services de santé et des services sociaux du Québec. Cette pièce majeure de la réforme fournit un cadre général de gestion des ressources sociosanitaires pour les dix prochaines années en fixant une vingtaine d'objectifs de résultat centrés sur la réduction des problèmes de santé et de bien-être.
- Un autre grand pas a été également franchi dans la mise en service de cette réforme par l'adoption, en juin 1992, du projet de loi 15 concernant l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ce projet de loi précise les dates et les modalités de passage de l'ancien au nouveau régime juridique. Ce passage se concrétise en deux principales étapes :
 - octobre 1992 : entrée en fonction des nouveaux conseils d'administration des régions régionales et des établissements; et
 - avril 1993 : transfert aux régions régionales des nouvelles responsabilités que leur confie la loi.

Québec

- Comme suite à la publication du document « Un financement équitable à la mesure de nos moyens » (décembre 1991) et du débat public qui s'en est suivi (tenu en commission parlementaire en février 1992), le gouvernement du Québec a annoncé, en mai 1992, un plan de rationalisation des dépenses sociosanitaires 1992-1993. Les mesures mises de l'avant dans ce plan portent, d'une part, sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des activités des établissements et du corps médical et, d'autre part, sur la révision des services complémentaires de santé (par exemple, services optométriques, services dentaires pour enfants et services pharmaceutiques pour personnes âgées) et leur financement.
- Le ministère de la Santé de l'Ontario a collaboré avec l'*Ontario Medical Association* afin d'automatiser les demandes de remboursement. Dès le mois d'avril 1993, 78 p. 100 des demandes présentées par des médecins de l'Ontario étaient automatisées.
- Le ministère de la Santé de l'Ontario a versé des fonds à l'*Institute of Clinical Evaluative Sciences* pour qu'il fasse la promotion d'une prestation efficace, efficiente et équitable des services de santé. L'institut fera des analyses à ce sujet pour le *Joint Management Committee* du gouvernement et de l'*Ontario Medical Association*.

Ontario

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Initiatives et changements

Nous présentons ci-dessous une liste de quelques faits nouveaux de l'année financière 1992-1993 :

Terre-Neuve

- En 1992-1993, le ministère de la Santé a poursuivi le plan de réduction du nombre de lits de soins aux personnes souffrant de maladie aiguë qu'il avait entamé en 1991-1992. Ce nombre de lits, qui était de 3,78 pour 1 000 en 1991-1992, n'était plus que de 3,62 pour 1 000, en 1992-1993; en revanche, le nombre de lits de soins prolongés avait légèrement augmenté.

- Le ministère de la Santé a commencé à élaborer des plans pour introduire l'IRM à Terre-Neuve; ce programme sera fonctionnel en 1993-1994.

- Le ministère de la Santé a été chargé de trouver des moyens de réduire le nombre de conseils d'administration d'hôpitaux dans la province.

Ile-du-Prince-Édouard

- Le ministre a constitué une équipe de transition qu'il a chargée de proposer des moyens d'appliquer les recommandations du groupe de travail sur les soins de santé, le *Health Care Task Force*.

Nouvelle-Écosse

- Le groupe de travail sur l'élaboration d'une politique relative aux médecins, le *Task Force on Physician Policy Development*, a soumis ses recommandations en mars 1993; le groupe de travail sur les soins infirmiers, le *Task Force on Nursing*, et le groupe de travail sur les soins primaires de santé, le *Task Force on Primary Health Care*, ont poursuivi leurs délibérations.
- Le groupe de travail sur la santé mentale, le *Working Group on Mental Health*, a présenté son rapport en décembre 1992; dans ce document, il indiquait l'orientation du système de soins de santé mentale pendant les dix prochaines années.

- La création des deux premiers organismes régionaux de santé illustre l'engagement de la Nouvelle-Écosse à élaborer une approche de planification et une approche consultative régionales pour les soins de santé.

- Le *Provincial Health Council*, créé en 1990, a publié, en août 1992, un document intitulé «*Nova Scotia's Health Goals*».

- En avril 1992, le gouvernement de cette province a annoncé que le ministère de la Santé aurait la responsabilité des centres d'accueil et des foyers pour personnes âgées, et que le volet soins

Au nom du Ministre, la Direction de l'assurance-santé effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions et critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* sont respectés. Ainsi, au cours de l'année qui nous intéresse, plusieurs situations portant à croire qu'il pouvait y avoir non-conformité à la loi ont été mises en évidence et les problèmes ont été résolus par la suite, alors que d'autres questions sont encore à l'étude. La Direction s'occupe aussi de consultation, d'analyse et d'administration dans le cadre de l'application de la loi.

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est alimentée par des contributions fédérales et provinciales et est également gérée par la Direction de l'assurance-santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1992-1993, aucun versement n'a été effectué. Le solde de clôture au 31 mars 1993 était de 28 386,44 \$.

En plus d'être chargées de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, les responsables de la Direction ont coordonné des activités et consulté leurs homologues provinciaux sur des questions liées à cette loi, par l'entremise de mécanismes tels que le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement. Ce Comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il regroupe des responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral.

Au cours de l'année financière 1992-1993, le Comité consultatif s'est réuni à deux reprises pour discuter certaines questions dont :

- une revue des questions touchant l'assurance de la qualité;
- les variations sur le plan de l'utilisation des services hospitaliers;
- l'examen de la politique relative aux produits pharmaceutiques;
- le développement de lignes directrices pour la pratique clinique; et
- les mécanismes de recouvrement des coûts pour le retrait des implants mammaires.

Le Comité consultatif a continué de faire la liaison avec un certain nombre d'organisations nationales de la santé comme l'Association canadienne des hôpitaux, le Conseil canadien d'agrement des établissements de santé, l'Association canadienne de normalisation et le Groupe MIS.

Renseignements

Au chapitre de l'échange d'information, les ministres conviennent qu'il est préférable d'utiliser à pleine capacité les moyens existants et, au besoin, d'offrir ces systèmes d'échange mutuels. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs a été promulgué par le Gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les états annuels sont fournis par les ministres provinciaux de la Santé. Ces états décrivent les opérations des régimes provinciaux en relation avec la *Loi canadienne sur la santé* et sont intégrés à ce rapport.

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

La Loi canadienne sur la santé stipule :

« que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens. »

Le principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la loi conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19 (2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement. S'il est établi que la surfacturation, des frais modérateurs, ou les deux sont perçus dans une province, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale. Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément au Règlement sur l'information relative à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas les renseignements requis par le règlement, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20 (1), 20 (2) et 20 (3) de la loi.

Le paragraphe 20 (5) de la loi incitait les provinces à éliminer dès le début la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, une province qui mettait fin à la surfacturation ou aux frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire avant le 1^{er} avril 1987, avait droit au remboursement du montant total des déductions effectuées.

Toutes les provinces où des frais aux usagers avaient cours ont effectivement établi ou révisé leurs lois, règlements ou pratiques de manière à se conformer aux conditions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs à la date prescrite. En conséquence, les montants retenus ont été remboursés aux provinces selon les termes de la loi.

Loi canadienne sur la santé – Administration

La Loi canadienne sur la santé vise à garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions et les critères auxquels doivent satisfaire les provinces et les territoires pour obtenir leur part intégrale des paiements de transfert au titre des services de santé.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux auxquels les provinces ont droit au chapitre des programmes de soins de santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la loi, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et les frais modérateurs.

Tableau III

Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé — 1992-1993
(en milliers de dollars)

Services de santé assurés	Services complémentaires de santé	Total des contributions
Terre-Neuve	158 915	29 315
Ile-du-Prince-Édouard	36 280	6 622
Nouvelle-Écosse	260 031	47 704
Nouveau-Brunswick	211 904	38 919
Québec	1 315 572	372 319
Ontario	2 633 630	563 110
Manitoba	309 578	56 608
Saskatchewan	291 354	51 145
Alberta	652 210	137 686
Colombie-Britannique	921 341	184 679
Yukon	9 277	1 670
Territoires du Nord-Ouest	13 113	3 579
CANADA	6 813 205	1 493 356
		8 306 561

Note : Les montants englobent les ajustements des années précédentes.

Direction de l'assurance-santé
Direction générale des programmes et des services de santé
Santé Canada

at des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels
 titre des contributions fédérales aux services de soins de santé
 (milliers de dollars)

Droits pécuniaires pour 1989-90
 Résultat du rajustement final
 en date du 2 novembre 1992

Services de santé assurés	Comptant	Fiscaux	Total	Services complé- mentaires de santé	TOTAL
---------------------------	----------	---------	-------	--	-------

Services de santé assurés	Comptant	Fiscaux	Total	Services complé- mentaires de santé	TOTAL
---------------------------	----------	---------	-------	--	-------

N.-N.	147 070	131 994	279 064	29 524	308 588	142 260	134 183	276 443	29 246	305 689
N.-P.-E.	33 452	30 023	63 475	6 715	70 190	32 513	30 666	63 179	6 684	69 863
E.	228 757	205 305	434 062	45 922	479 984	224 345	211 607	435 952	46 122	482 074
B.	184 848	165 900	350 748	37 108	387 856	180 903	170 632	351 535	37 191	388 726
Q.	1 043 705	2 229 327	3 273 032	346 272	3 619 304	974 201	2 335 649	3 309 850	350 167	3 660 017
Ont.	1 937 112	2 748 784	4 685 896	495 747	5 181 643	2 014 803	2 767 052	4 781 855	505 899	5 287 754
Man.	279 746	251 067	530 813	56 158	586 971	272 461	256 990	529 451	56 014	585 465
Sask.	259 245	232 672	491 917	52 043	543 960	248 969	234 831	483 800	51 184	534 984
Alb.	622 457	562 943	1 185 400	125 410	1 310 810	598 486	615 189	1 213 675	128 401	1 342 076
B.	749 629	739 903	1 489 532	157 586	1 647 118	748 804	798 000	1 546 804	163 645	1 710 449
Yukon	6 309	6 151	12 460	1 318	13 778	6 667	6 467	13 134	1 389	14 523
N.-O.	12 167	13 682	25 849	2 735	28 584	11 188	16 007	27 195	2 877	30 072
Can.	5 504 497	7 317 751	12 822 248	1 356 538	14 178 786	5 455 600	7 577 273	13 032 873	1 378 819	14 411 692

Droits pécuniaires pour 1991-92
 Résultat du premier rajustement provisoire
 en date du 25 février 1993

Services de santé assurés
 Comptant
 Fiscaux
 Total
 Services complé-
mentaires de santé
 TOTAL

T.-N.	141 981	134 042	276 023	29 652	305 675
I.-P.-E.	32 471	29 936	62 407	6 704	69 111
N.-E.	227 631	209 858	437 489	46 998	484 487
N.-B.	185 235	170 772	356 007	38 244	394 251
QC	1 008 223	2 362 440	3 370 663	362 096	3 732 759
Ont.	2 251 799	2 744 464	4 996 263	536 727	5 532 990
Man.	275 094	253 616	528 710	56 797	585 507
Sask.	249 715	230 218	479 933	51 557	531 490
Alb.	612 145	625 290	1 237 435	132 932	1 370 367
C.-B.	805 987	803 880	1 609 867	172 941	1 782 808
Yukon	7 283	6 481	13 764	1 479	15 243
T.-N.-O.	12 989	16 182	29 171	3 134	32 305
CANADA	5 810 553	7 587 179	13 397 732	1 439 261	14 836 993

ction de l'assurance-santé
 ction générale des programmes et des services de santé
 té Canada

Tableau I

Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé — 1992-1993
(en milliers de dollars)

Services de santé assurés					Services complé- mentaires de santé		Total	
Contributions au comptant		Transferts fiscaux		Total	des contribu- tions	Total		
Terre-Neuve	143 597	133 399	276 996	29 757	306 753			
Île-du-Prince-Édouard	32 237	29 946	62 183	6 680	68 863			
Nouvelle-Écosse	228 337	212 121	440 458	47 317	487 775			
Nouveau-Brunswick	185 117	171 971	357 088	38 360	395 448			
Québec	1 001 647	2 398 173	3 399 820	365 228	3 765 048			
Ontario	2 272 214	2 791 437	5 063 651	543 966	5 607 617			
Manitoba	274 831	255 315	530 146	56 951	587 097			
Saskatchewan	248 727	231 064	479 791	51 542	531 333			
Alberta	626 393	629 995	1 256 388	134 968	1 391 356			
Colombie-Britannique	828 567	820 775	1 649 342	177 182	1 826 524			
Yukon	7 822	6 524	14 346	1 541	15 887			
Territoires du Nord-Ouest	13 729	16 009	29 738	3 195	32 933			
CANADA	5 863 218	7 696 729	13 559 947	1 456 687	15 016 634			

Note : Les montants n'incluent pas les ajustements des années précédentes ou les déductions
Le cas échéant.

Ministère des Finances
Le 25 février 1993

Deuxième rajustement au calcul des avances

énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, concernant l'obligation pour le gouvernement de la province de communiquer des renseignements et de faire état des contributions.

Contributions et versements aux provinces

Les tableaux suivants indiquent les contributions fédérales auxquelles les provinces ont droit au titre de l'assurance-santé sous forme de paiements en espèces ou de transferts fiscaux, de même que la valeur réelle des contributions en espèces versées en 1992-1993.

Le tableau I est un relevé des droits pécuniaires aux provinces pour l'année financière 1992-1993. Ces données ne sont pas définitives, étant donné que l'information nécessaire pour effectuer les calculs finals ne sera pas disponible avant 1995.

Le tableau II indique la quote-part annuelle des provinces. Ces montants représentent les chiffres les plus récents pour les trois années précédentes pour lesquelles seules celles de 1989-1990 et 1990-1991 sont des données définitives.

Le tableau III indique les paiements totaux versés aux provinces au cours de l'année financière 1992-1993. Les montants représentent les transferts nets des droits en espèces versés aux provinces en 1992-1993 et les rajustements des années précédentes. Ces rajustements correspondent aux corrections provisoires apportées aux sommes versées aux provinces et dont le montant définitif ne sera établi que trois ans plus tard. Les différences sont payées en un ou plusieurs versements qui sont inclus dans les transferts mensuels en espèces versés dans le ou les mois qui suivent les calculs.

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. En vertu de ladite loi, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par habitant, dans le domaine de la santé (536,14 \$ par habitant en 1992-1993). Cette contribution augmente chaque année et est calculée d'après la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut (PNB) nominal par habitant. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par habitant, pour 1975-1976, des contributions fédérales versées aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. On multiplie ensuite cette valeur par le nombre d'habitants de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui sera versée à la province.

Au cours des dernières années, des modifications ont été apportées au facteur d'indexation à cause des restrictions budgétaires fédérales. En 1986-1987, le taux de croissance du *Financement des programmes établis* (FPE) a été limité au taux de croissance déterminé par le facteur d'indexation, moins deux points de pourcentage. Le 20 février 1990, le budget fédéral a gelé les paiements de transfert par habitant pour les années 1990-1991 et 1991-1992 au niveau de 1989-1990. Cela signifie que, pour les années 1990-1991 et 1991-1992, le montant des paiements de transfert changera en fonction de la population de chaque province, soit une augmentation estimée à 1 p. 100 à l'échelle nationale. Le 26 février 1991, le budget a prolongé ce gel au niveau de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. À compter de 1995-1996, l'augmentation des contributions sera calculée en fonction du facteur d'indexation, moins trois points de pourcentage. Les augmentations seront toujours au moins égales au taux d'inflation.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en un transfert en espèces et en un transfert fiscal égalisé. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces en vertu du FPE. En vertu de la Partie VII de la loi, le Québec a reçu un abatement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la *Loi sur les programmes établis* (accords provisoires).

Pour déterminer les montants payables aux provinces pour les soins de santé, on établit d'abord la valeur totale du transfert d'impôt. Ensuite, ce transfert fiscal égalisé est déduit de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, au titre des services de santé assurés. La différence est versée à chaque province sous forme de contribution mensuelle en espèces, si le régime provincial satisfait aux critères et conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Les provinces reçoivent également un montant égal par habitant pour les services complémentaires de santé. Ces services sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ce montant, qui était établi à 20 \$ par habitant en 1977-1978, est augmenté chaque année selon le même facteur de progression que celui utilisé pour les contributions en matière de santé. En 1992-1993, ce montant était de 51,51 \$ (ce montant fait partie de la contribution par habitant de 536,14 \$ mentionnée ci-dessus). Cette somme est payable aux provinces, pourvu qu'elles respectent les deux conditions

ou les conditions relatives à la communication des renseignements et à la reconnaissance de l'apport fédéral, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au Gouvernement en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le Gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de satisfaire à l'un des critères ou l'une des conditions, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

La loi peut, par règlement, prendre toute mesure d'application concernant :

- a) *Les services complémentaires de santé*
- Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définiraient de façon plus détaillée les services considérés par la loi comme des «services complémentaires de santé». Il est précisé dans le texte législatif que les règlements ne peuvent être adoptés qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient essentiellement les mêmes que ceux adoptés en vertu de la Loi de 1977.

- b) *Les services exclus des services hospitaliers*
- Suivant la définition contenue dans la loi (article 2), les services hospitaliers englobent tous les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services expressément exclus par les règlements.

En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoient l'«exclusion» de certains services. Les règlements de la Loi canadienne sur la santé concernant les services exclus des services hospitaliers auraient pour objet de maintenir les précédents établis et d'énumérer les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne seraient pas considérés comme des services hospitaliers assurés.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il ne peut être établi de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province.

- c) *L'information*
- Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé. Seuls les règlements concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ont été promulgués jusqu'à présent.

- d) *La reconnaissance des contributions et montants versés par le Canada*
- Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

La Loi canadienne sur la santé prévoit également un processus de consultation dans le cas de questions de conformité en ce qui concerne les critères ou les renseignements et les conditions de visibilité. Dans le cas où le Ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne respecte pas un critère

Il y a aussi des dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs qui sont

Autres dispositions

- fournir les renseignements dont le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social peut avoir besoin pour l'application de cette loi et qu'il peut déterminer par règlement; et
 - faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prescrite par les règlements.
- En plus des critères susmentionnés, pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du programme de services complémentaires de santé, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions suivantes :

Conditions

- prévoir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et prévoir aux assurés un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autre;
 - prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent; et
 - prévoir le versement de montants aux hôpitaux relativement au coût des services de santé assurés.
- En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit :

c) Accessibilité

- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être conforme au taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe d'autres accords entre les provinces. Un consentement préalable peut être nécessaire pour les services facultatifs; et
 - le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province. Un consentement préalable peut être également nécessaire pour les services facultatifs.
- Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent être pris en charge de la façon suivante :

d) Transférabilité

Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, la province d'origine doit assumer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence ne dépassant pas trois mois.

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a pour raison d'être :

« d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province. »

Ces critères et conditions, ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, sont exposés aux articles 7 à 12 de même qu'aux articles 13, 18 et 19 de la loi. Les critères et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés et non aux services complémentaires de santé. Seules les conditions de versement, qui sont énoncées à l'article 13, s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés définis par la Loi canadienne sur la santé comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en centre d'accueil, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Les services font partie d'une gamme complète de services sanitaires et sociaux. Ils sont offerts, par l'entremise de différents établissements et programmes communautaires et institutionnels, aux résidents d'une province quelconque. La plupart des bénéficiaires de ces services sont âgés de 65 ans et plus.

Afin de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la loi de 1977 (Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé), chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux critères et conditions qui suivent :

Critères

a) *Gestion publique*
Aux termes de l'article 8, le régime d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

b) *Intégralité*
Aux termes de l'article 9, le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

c) *Universalité*
L'article 10 prévoit que 100 p. 100 des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

Introduction

La Loi canadienne sur la santé a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La loi, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, abolissait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Subséquemment, des modifications ont été apportées à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis (Loi sur le FPF); la nouvelle loi s'appelle maintenant Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé, à savoir :

«Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celles-ci suivant son achèvement.»

Les provinces*, qui sont tenues de fournir les renseignements que le Ministre juge nécessaires aux fins de la loi, ont transmis de l'information sur le fonctionnement de leurs régimes d'assurance-santé en rapport avec les critères et conditions définis dans la loi.

Une grande partie du présent rapport est consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les critères et conditions énoncés dans la loi. Cette description est suivie dans chaque cas d'un aperçu des services complémentaires de santé offerts, conformément aux exigences de la loi.

Le rapport résume également les principales dispositions de la loi, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement. Une partie du rapport traite de changements sélectionnés apportés aux régimes provinciaux d'assurance-santé au cours de l'année financière 1992-1993.

Quant à l'information quantitative, l'on peut obtenir de plus amples renseignements auprès d'organismes tels que la Direction générale de la politique et de la consultation de Santé Canada, et auprès de Statistique Canada.

*Toute référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

Table des matières

Page

4	Introduction
5	Critères
6	Conditions
6	Autres dispositions
7	Règlements

Contributions et versements du gouvernement fédéral

8	dans le domaine de la santé
9	Contributions et versements aux provinces

Tableau I

10	Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé — 1992-1993
----	--

Tableau II

11	Etat des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels au titre des contributions fédérales aux services de soins de santé
----	---

Tableau III

12	Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé — 1992-1993
----	--

Dispositions concernant la surfacturation et

13	les frais modérateurs
13	<i>Loi canadienne sur la santé</i> - Administration
14	Renseignements

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

15	Initiatives et changements
20	Terre-Neuve
25	Île-du-Prince-Édouard
29	Nouvelle-Écosse
34	Nouveau-Brunswick
39	Québec
44	Ontario
49	Manitoba
53	Saskatchewan
58	Alberta
64	Colombie-Britannique
70	Yukon
74	Territoires du Nord-Ouest



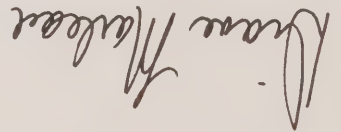
Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993
Cat. H1-4/1993
ISBN 0-662-60105-X

*Son Excellence le très honorable Ramon John Hnatyshyn,
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'année financière terminée le 31 mars 1993.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Diane Marleau

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Loi canadienne sur la santé Rapport annuel 1992-1993





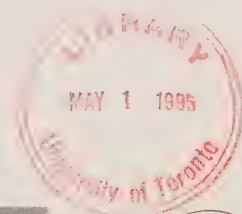
Health
Canada

Santé
Canada

Government
Publication

CAI
HW
- ASI

Canada Health Act Annual Report 1993-1994



Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

*His Excellency, the Right Honourable Ramon John Hnatyshyn,
Governor General and Commander-in-Chief of Canada*

May it please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1994.

Respectfully submitted,

A handwritten signature in dark ink, reading "Diane Marleau". The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial "D".

Diane Marleau
Minister of National Health and Welfare

Preface

Medicare is fundamental to Canadians. The position of this government is to preserve it by upholding the principles of the *Canada Health Act*. These principles require that medically necessary services be portable, accessible and provided to Canadian residents on a prepaid basis.

This government is committed to protect and preserve the foundations of our health care system. This *Red Book* commitment was reaffirmed by the Prime Minister when he stated that “we are committed to maintaining the system that we have, where medicare is free and portable.”

The approach of this government compared with its predecessors is markedly different. We will continue to address, in a measured, consistent manner, issues of *Canada Health Act* non-compliance that jeopardize the spirit and intent of the *Act*. This approach has been demonstrated by deductions in the health care transfer payments to British Columbia because of extra-billing in that province. Because the deductions began in May 1994, covering a period dating back to February 1993, they will appear in the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1995.

Not all issues related to non-compliance have been as clear-cut or of equal seriousness or severity. For example, I have expressed my concerns regarding charges for medically necessary services at private clinics. For some issues, there are certain processes in place to address them, such as federal-provincial working groups. Other issues are associated with ongoing court proceedings.

Our health care system is faced with many challenges. We are working with the provincial and territorial governments to respond to these within a severely constrained fiscal framework. Canadians expect all levels of government to preserve the health care system. The federal government's commitment to uphold the *Canada Health Act* and to work with the provinces, territories and other implicated participants is a demonstration of its resolve to respond to these expectations.

A handwritten signature in dark ink, reading "Diane Marleau". The signature is fluid and cursive, with the first name "Diane" and last name "Marleau" clearly distinguishable.

Diane Marleau
Minister of National Health and Welfare

Table of Contents

	Page
Introduction	4
 Canada Health Act Overview	
Criteria	5
Conditions	6
Other	6
Regulations	7
 Federal Contributions and Payments	
Federal-Provincial Health Financing Arrangements	8
Contributions and Payments to the Provinces	8
Table I	
Provincial and Territorial Entitlements in respect of	
Insured Health Services and Extended Health Care	
Services — 1993-94	10
Table II	
Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements	
in respect of Federal Contributions to Health Care Services	11
Table III	
Cash Payments in respect of Health Care	
Contributions Programs — 1993-94	12
Extra-Billing/User Charges Provisions	13
<i>Canada Health Act</i> - Administration	13
Information	14
 Provincial and Territorial Health Care Insurance Plans	
Newfoundland	15
Prince Edward Island	19
Nova Scotia	23
New Brunswick	27
Quebec	31
Ontario	36
Manitoba	40
Saskatchewan	44
Alberta	48
British Columbia	53
Yukon	58
Northwest Territories	61

Introduction

The *Canada Health Act* received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The *Act*, which came into force on April 1, 1984, repealed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*. Consequential amendments were made to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (EPF Act)*, including the change of its name to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977 (Act of 1977)*.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in section 23 of the *Canada Health Act*, namely that

"The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act, and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed."

Provinces* are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the *Act* on the operation of their health care plans as they relate to the criteria and conditions of the *Act*.

Much of this report contains a province-by-province description of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. As well, in order to further fulfil the conditions of the *Act*, the activities with regard to extended health care services are described at the end of each provincial section.

The report also describes such areas as the key provisions of the *Act*, the federal administration of the *Act*, the consultation process and the federal-provincial financing arrangements.

With respect to quantitative information, detailed information of this nature is available through such sources as the Policy and Consultation Branch of Health Canada, and Statistics Canada.

*Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

Canada Health Act Overview

The purpose of the *Canada Health Act* is to

"establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law."

These criteria, conditions and provisions relating to extra-billing and user charges are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the *Act*. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS.

The insured health services defined by the *Canada Health Act* include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Under the *Canada Health Act*, extended health care services (EHCS) payments are made in respect of nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are age 65 years and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the *Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977)* in each fiscal year are:

Criteria

a) Public Administration

Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

b) Comprehensiveness

Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

c) Universality

Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

d) Portability

In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months.

For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

- insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services; and
- services out-of-country are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province. Prior approval may also be required for elective services.

e) *Accessibility*

By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

- insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;
- reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered; and
- payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

- the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this *Act*, and may prescribe in regulations; and
- the appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in regulations.

Other

There are also provisions relating to extra-billing and user charges, and these are described in sections 18 and 19.

The *Canada Health Act* also prescribes a consultation process in the case of compliance questions concerning the criteria or the information and visibility conditions. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province of his/her concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The *Act* provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

a) *Extended Health Care Services*

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the *Act* as "extended health care services". The *Act* requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made in this respect, unless the regulations are substantially the same as those made under the *Act of 1977*.

b) *Hospital Services Exclusions*

Hospital Services are defined in the *Act* (section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulations.

Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the *Canada Health Act* would be to embody established precedents and list those services that may be delivered in a hospital setting but that would not be considered insured hospital services.

Under the *Canada Health Act*, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions.

c) *Information*

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the *Act*, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are the only regulations promulgated to date.

d) *Recognition of Contributions and Payments by Canada*

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the *Act*. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

Federal Contributions and Payments

Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. Under the *Act*, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions (\$523.39 per capita in 1993-94) escalated annually. The escalator, a three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita, is applied to the 1975-76 federal contributions per capita to provincial hospital and medical insurance plans, then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

In recent years, adjustments have been made to the escalator because of the need to restrain federal expenditures. In 1986-87, Established Programs Financing (EPF) growth was limited to the rate of growth as determined by the escalator, less two percentage points. The February 20, 1990, federal budget froze per capita transfers for 1990-91 and 1991-92 at the 1989-90 level. This meant that the transfer payments for 1990-91 and 1991-92 would be adjusted according to changes in the population of each province, or an estimated one percent increase nationally. The February 26, 1991, budget further extended this freeze at the 1989-90 level to 1994-95. For 1995-96, legislation provides for EPF entitlements to grow in accordance with the escalator, less three percentage points. Increases will be guaranteed not to fall below the rate of inflation.

Health contributions to the provinces consist of both cash and an equalized tax transfer. Under EPF, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec, an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the *Act* as a special abatement originating under the *Established Programs (Interim Arrangements) Act*.

In order to determine cash amounts payable to the provinces for health care, the total value of the tax transfer is first determined. This equalized tax transfer is then subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference is paid in the form of a monthly cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*.

Provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services. These services are defined in the *Canada Health Act*. This payment, which was initially set at \$20 per capita for 1977-78, is escalated annually by the same escalator applied to the health contributions. In 1993-94, this payment was \$51.02 (part of the \$523.39 per capita contribution mentioned above). It is payable to the provinces provided the two conditions of information and recognition set out in the *Canada Health Act* are satisfied.

Contributions and Payments to the Provinces

The following tables depict the federal health contributions to which provinces are entitled in terms of cash and tax transfers, and the actual value of cash contributions made in 1993-94.

Table I presents the amounts of federal contributions to which provinces were entitled for fiscal year 1993-94. These are advance figures, since all the information required to calculate actual provincial entitlements will not be available until 1996.

Table II provides the current status of provincial annual entitlements. These amounts represent the latest figures for the three prior years for which only those for 1990-91 have been finalized.

Table III reports on the total payments made to the provinces in fiscal year 1993-94. The amounts reflect the net transfers of 1993-94 cash payments including prior years' adjustments. These adjustments represent the interim revisions to annual provincial entitlements that are not finalized until three subsequent years have passed. These differences are adjusted in whole or by installment and are included with the monthly cash transfers in the month(s) following the calculations.

Table I

**Provincial and Territorial Entitlements in Respect of
Insured Health Services and Extended Health Care Services — 1993-94**
(in thousands of dollars)

	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions
	Cash Contributions	Tax Transfers	Total		
Newfoundland	139,955	134,536	274,491	29,650	304,141
Prince Edward Island	31,672	30,444	62,116	6,710	68,826
Nova Scotia	222,230	213,621	435,851	47,079	482,930
New Brunswick	180,756	173,754	354,510	38,293	392,803
Quebec	963,828	2,438,948	3,402,776	367,558	3,770,334
Ontario	2,247,128	2,822,152	5,069,280	547,569	5,616,849
Manitoba	268,664	258,259	526,923	56,917	583,840
Saskatchewan	241,546	232,189	473,735	51,172	524,907
Alberta	617,136	639,591	1,256,727	135,748	1,392,475
British Columbia	799,174	868,227	1,667,401	180,108	1,847,509
Northwest Territories	13,289	16,376	29,665	3,204	32,869
Yukon	7,382	7,639	15,021	1,623	16,644
CANADA	5,732,760	7,835,736	13,568,496	1,465,631	15,034,127

Note: Amounts do not include prior years' adjustments or deductions where applicable.

Health Insurance Directorate
Health Programs and Services Branch
Health Canada

Department of Finance
March 1, 1994
2nd Adjustment Towards Advance Entitlement

Table II

**Status of Provincial and Territorial Entitlements in Respect of
Federal Contributions to Health Care Services
(in thousands of dollars)**

	1990-91 Entitlements Result of final Calculation Dated March 8, 1994				1991-92 Entitlements Result of 3rd Interim Adjustment Dated March 1, 1994				1992-93 Entitlements Result of 2nd Interim Adjustment Dated March 1, 1993			
	Insured Services		Extended Health Care Services		Insured Services		Extended Health Care Services		Insured Services		Extended Health Care Services	
	Cash	Tax	Total	Total	Cash	Tax	Total	Total	Cash	Tax	Total	Total
Newfoundland	142,624	133,815	276,439	305,685	141,645	132,265	273,910	29,587	144,276	130,215	274,491	304,141
Prince Edward Island	32,589	30,577	63,166	69,849	32,092	29,781	61,873	6,683	31,982	29,567	61,549	68,197
Nova Scotia	224,880	210,988	435,868	481,981	224,708	208,514	433,222	46,795	228,494	206,224	434,718	481,675
New Brunswick	181,334	170,133	351,467	388,651	183,282	170,074	353,356	38,169	185,547	168,207	353,754	391,966
Quebec	978,330	2,331,026	3,309,356	3,659,471	992,996	2,349,360	3,342,356	361,032	1,033,423	2,341,247	3,374,670	3,739,192
Ontario	2,015,782	2,767,052	4,782,834	5,288,837	2,223,017	2,717,390	4,940,407	533,649	2,319,453	2,686,247	5,005,700	5,546,402
Manitoba	273,084	256,216	529,300	585,298	272,522	252,880	525,402	56,752	276,140	249,224	525,364	582,112
Saskatchewan	249,561	234,146	483,707	534,881	246,641	228,864	475,505	51,363	249,349	225,047	474,396	525,639
Alberta	598,300	615,189	1,213,489	1,28,382	605,627	621,018	1,226,645	132,499	630,169	612,387	1,242,556	1,376,773
British Columbia	748,602	798,000	1,546,602	1,63,624	787,371	805,482	1,592,853	172,055	799,911	828,095	1,628,006	1,803,859
Northwest Territories	11,281	16,007	27,288	2,887	12,814	16,014	28,828	3,114	13,971	15,410	29,381	32,555
Yukon	6,664	6,467	13,131	1,389	7,005	6,669	13,674	1,477	6,880	7,291	14,171	15,702
CANADA	5,463,031	7,569,616	13,032,647	14,411,445	5,729,720	7,538,311	13,268,031	1,433,175	5,919,595	7,499,161	13,418,756	14,868,213

Health Insurance Directorate
Health Programs and Services Branch
Health Canada

Table III

**Cash Payments in Respect of
Health Care Contributions Programs — 1993-94**
(in thousands of dollars)

	Insured Health Services	Extended Health Care Services	Total Contributions
Newfoundland	140,662	29,545	170,207
Prince Edward Island	31,380	6,674	38,054
Nova Scotia	220,519	46,720	267,239
New Brunswick	179,664	38,063	217,727
Quebec	984,506	366,135	1,350,641
Ontario	2,317,439	542,649	2,860,088
Manitoba	268,024	56,746	324,770
Saskatchewan	240,044	50,857	290,901
Alberta	614,208	134,989	749,197
British Columbia	760,172	178,702	938,874
Yukon	6,159	1,611	7,770
Northwest Territories	13,449	3,173	16,622
CANADA	5,776,226	1,455,864	7,232,090

Note: Amounts include prior years' adjustments.

Health Insurance Directorate
Health Programs and Services Branch
Health Canada

Extra-Billing/User Charges Provisions

The *Canada Health Act* states that

"continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians."

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the *Act* intended to discourage extra-billing and user charges.

The *Act* stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan that have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the Minister of National Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1), 20 (2) and 20 (3) of the *Act*.

Subsection 20 (5) of the *Act* provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the *Act*, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded. All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charges conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the *Act*. Any deductions made beginning April 1, 1987 were not to be refunded.

Canada Health Act – Administration

The *Canada Health Act* aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the provinces and territories to satisfy in order to qualify for their full share of the federal transfers for health care services.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are entitled. The Minister of National Health and Welfare is responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the *Canada Health Act*, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Insurance Directorate administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the *Canada Health Act*. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and subsequently resolved, while some cases are currently under review. The Directorate also carries out the consultative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the *Act*.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which consists of federal and provincial contributions and is also administered by the Health Insurance Directorate, provides for payment of claims in such cases. During 1993-94, no payments were made from this fund. The balance of the fund on March 31, 1994, was \$28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the *Canada Health Act*, officials co-ordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the *Canada Health Act*, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Services. This committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial officials, as well as representatives of the federal government.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. There are Extra-Billing and User Charges Information Regulations that were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the *Canada Health Act* and are incorporated in the production of this report.

Newfoundland

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the provincial Department of Health.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services include: laboratory and radiological procedures including radioactive isotopes; electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations; use of physiotherapy and radiotherapy facilities, including radioactive isotopes where available; out-patient and emergency visits; and operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs, and medical and surgical supplies available in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; fibreglass splints; services covered by workers' compensation legislation or by other federal or provincial legislation; and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

The Department of Health administers the Emergency Air Ambulance Program for the transportation of patients within the province and to hospitals outside the province where warranted. Also included in the program is the conveyance of patients, medical staff and equipment to and from isolated communities. The Ground Emergency Ambulance Program assists in making ambulance services available to all residents at a reasonable rate. In both cases, the users are required to pay co-payment charges.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is not eligible for social assistance and who has been referred to an approved medical centre for treatment that is unavailable in the area where he or she lives, or in the province, is eligible for financial assistance under the Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is not eligible for social assistance and who is referred by a medical specialist for a bone marrow or organ transplant at any of the approved Canadian medical centres is eligible for financial assistance under the Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations, including anaesthesia; and radiology services. A limited number of in-hospital surgical-dental services are covered by the Plan including the administration of general anaesthesia for these procedures and for other non-insured dental-surgical procedures carried out in hospitals.

The following services are not covered by the Plan: the dispensing by a physician of medicines, drugs or medical appliances and the issuing of prescriptions; examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; eyeglasses; drugs, vaccines and cost of materials; services rendered by practitioners such as optometrists, chiropractors, podiatrists, osteopaths, denturists, psychologists, physiotherapists, audiologists and paramedical personnel; ambulance services and other forms of transportation of patients; testimony in court; any services rendered by a physician to the spouse and children of the physician; the time taken or expenses incurred in travelling to consult a beneficiary; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; and services covered by workers' compensation legislation or other federal or provincial legislation.

Dental Health Plan

In addition to the basic insured health services, the provincial government provides a children's dental health plan including special client groups.

Seniors Drug Subsidy Plan

The provincial Department of Health provides a senior citizens' drug subsidy program for all residents over 65 years of age who are in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government and who are registered with Old Age Security.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage, with the exception of regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and persons serving a prison term in a federal penitentiary. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival, as are discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries. For coverage to be effective, however, registration is required under the Medical Care Plan. As well, immediate coverage is provided to persons from outside Canada who are authorized to work for one year or more.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Persons may take an annual vacation of up to eight months, provided four months of the year are spent in the province (currently under review).

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Claims for medical services received in Quebec are submitted by the patient to the Newfoundland Medical Care Commission for payment at host province rates.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital in-patient and out-patient services are covered for emergency or sudden illness. Elective hospital services are also insured when they are not available in the province or in the country.

The maximum amount payable by the government's hospitalization plan for out-of-country in-patient hospital care is \$350 per day if the insured services are provided by a community or regional hospital. Where insured services are provided by a tertiary care hospital — a highly specialized facility — the approved rate is \$465 per day. The approved rate for out-patient services is \$60 per visit and haemodialysis is \$210 per treatment. The out-patient and haemodialysis rates are the same rates as paid to Canadian hospitals for these services. The approved rates are paid in Canadian funds and will be reviewed annually.

Physician services are covered for emergency or sudden illness, and are also insured for elective services, when they are not available in the province or in the country. They are paid at the same rate as would be paid in Newfoundland for the same service. If the services are not available in Newfoundland, they are usually paid at Ontario rates, or at rates that apply in a province in which they are available.

If a resident of the province has to seek specialized hospital care outside Canada because the insured service is not available in Canada, the provincial health insurance plan will pay the costs of these services. However, it is necessary in these circumstances for such referrals to receive prior approval from the Department of Health. In these cases, the referring physicians must contact the Department of Health and the Medical Care Plan.

Prior consent is not required for physician services, however, it is suggested that physicians obtain prior approval from the Plan so that patients may be made aware of any financial implications. General practitioners and specialists may request prior consent on behalf of their patients. Prior consent is not granted for out-of-country treatment of elective services if the service is available in the province or in another part of Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of departure. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. Beds staffed and in operation totalled 2,021 and there were 583,620 patient days in the fiscal year.

An incentive plan is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1993-94, \$419,471 was paid out under this program by the Medical Care Plan.

Payment to Hospitals

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospital Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not reimbursed, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1993-94 to public hospitals in Newfoundland totalled \$453,981,600. For out-of-province hospital services, payments totalled \$16,713,783.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with the Newfoundland Medical Care Commission payment schedule.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1993-94, payments to in-province physicians totalled \$129,488,240. This figure includes salaried physician payments in the amount of \$26,271,024 as well as incentive payments of \$419,471 as described above. For physician services provided out-of-province, the Commission paid \$3,376,728.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Department of Health provides for the delivery of a full continuum of institutional long-term care, adult residential care and continuing care services throughout the province.

In 1992-93 a division of Continuing Care was established within the Department of Health to plan for the development and implementation of single entry as a framework for continuing care services throughout the province. This framework will facilitate the co-ordination and delivery of a wide range of professional and support services to community health clients. They include home care, assessment and placement, school and home support, palliative care, emergency response, rehabilitation and respite services.

The Departmental of Social Services also provides home support services through social assistance programs.

Prince Edward Island

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Health and Community Services Agency. The Agency is accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under section 2 of the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available.

The following hospital services are declared to be non-insured: hospital admission chest x-rays; syphilis serology; personal conveniences, including telephones and televisions; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; and drugs, biologicals, and prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

In addition to the insured hospital benefits, Prince Edward Island also provides a breast prosthesis program.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (for example, surgical removal of impacted teeth, root resection) provided to insured persons.

The following services are not insured: services that persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Agency; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval is received from the Agency; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropractic, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization (partially covered); services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Agency; laboratory or radiology services provided for under the provincial *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*; any other services that the Agency may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

In addition to the basic insured health services, the province also provides: an ambulance subsidy program, which provides a subsidy to ambulance operators in order to reduce the cost to Island residents; routine dental care for children; an ocular prosthesis program for children and youths up to 18 years of age; and a drug cost assistance plan for seniors and certain client groups.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police or persons on student visas, who has registered under the Plans and provided the Agency with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residence and full compliance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Every person registering for insured services under the Plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence.

Providing registration requirements as set out in the Regulations are complied with, landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, persons living in the province under the authority of a work permit issued under the *Immigration Act (Canada)*, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries are entitled to benefits once the date of residence is established.

Regular annual absences of less than six months per year are allowed, provided permanent residence does not change. Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of up to six months of coverage provided the Agency is notified in writing. Students must return to the province at least once during the 12-month period.

Payment Arrangements In-Canada

All insured persons temporarily absent from the province but still in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province or territory where such services have been rendered (host province or territory rate) provided the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient insured services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at a rate not exceeding the per diem rate of the Queen Elizabeth Hospital in Charlottetown, payable in Canadian funds.

Hospital in-patient elective services not available in Canada are paid, with prior approval of the Health and Community Services Agency, at a rate not to exceed the total amount payable for in-patient services at the hospital, including room and board and medically necessary hospital services and are payable in appropriate funds, depending on the country of origin.

Hospital out-patient services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at P.E.I. rates, or appropriate Canadian rates where applicable, payable in Canadian funds.

Hospital out-patient elective services not available in Canada, with prior approval of the Health and Community Services Agency, are paid at a rate of 100 percent of the approved hospital charges.

Physician charges received in circumstances of emergency or sudden illness are payable at P.E.I. Schedule of Fees, in Canadian funds.

Payment for physician charges for elective services, not available in Canada, is at 100 percent of physician fees if prior approval has been obtained from the Health and Community Services Agency, and is paid in appropriate funds, depending on the country of origin.

Prior written approval is necessary if the patient is seeking non-emergency medical treatment outside of P.E.I. Requests can come from general practitioners or specialists.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents are eligible for all benefits under the Plan during the interprovincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan until the day of departure from Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both Plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1993-94, there were seven acute care hospitals in the province with a total of 505* beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 24,506* and total patient days were 164,043.*

Payment to Hospitals

The Agency establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon, primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1993-94, hospitals in the province received an estimated \$75,043,100 for capital and operating expenses. Other services such as blood transfusion and ambulance services received an estimated \$2,385,300. Agency payments for out-of-province hospital services were an estimated \$13,198,500.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Agency, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the Dental Association have resulted in signed agreements relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1993, to March 31, 1995.

During 1993-94, payments to physicians in the province totalled an estimated \$29.957 million. For physician services provided out-of-province, the Agency paid approximately \$2.579 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended care services are primarily provided through the Residential Services Branch within the five Regional Authorities of the Health and Community Services System. Adult residential care and nursing home intermediate care services are primarily available in regionally operated manors and in licensed private nursing homes. The Health and Community Services Agency provides funding to

*Excludes newborns.

the regions, if necessary, toward 90 percent of beds in government-operated manors and 50 percent of beds in private nursing homes. Sponsorship is according to urgency of need as assessed in both functional and financial terms.

The *Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988*, transferred the licensing of private nursing homes to a Board that reports to the Minister of Health and Social Services. The Health and Community Services Agency provides staff support to the Board, conducts inspections and assesses residents for appropriateness of level of care. The same assessment tool is now used for clients at all levels of care in all long-term care facilities.

In addition, home support services are provided by the Regional Authorities.

Nova Scotia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan.

Since September 1991, the Medical Services Insurance Plan has been administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Insured Professional Services Division of the Department of Health and Maritime Medical Care Incorporated. At that time, the Health Services and Insurance Commission was integrated with the Department; legislation was passed in June 1992 to formalize the change. Maritime Medical Care Incorporated is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program. It must submit a report on its accounts and activities concerning the Plan to the Minister for each fiscal year. The books, records and accounts of Maritime Medical Care Incorporated must relate to its duties, functions and responsibilities under its agreement with the Department.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health, and of Maritime Medical Care Incorporated, as they pertain to both plans.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory and radiological examinations; diagnostic procedures involving the use of radioactive isotopes; electroencephalographic examinations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; services other than medical services provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic and the Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia; ultrasonic diagnostic procedures; home parenteral nutrition; radiotherapy for non-malignant conditions; and haemodialysis and peritoneal dialysis.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; telephones; televisions; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; cosmetic surgery; reversal of sterilization procedures; surgery for sex reassignment; *in vitro* fertilization; procedures performed as part of clinical research trials; and services required by third parties (such as insurance companies) that are not deemed medically necessary.

The Department of Health administers the Breast Cancer Screening Program.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed to be medically required." Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the *Workers' Compensation Act* or under any other federal or provincial legislation; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunizations or inoculations

unless approved by the Department; preparation of certificates or reports; testimony in court; services in connection with an electrocardiogram, electromyogram or electroencephalogram, unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; acupuncture; reversal of sterilization; and *in vitro* fertilization.

In addition to the basic insured health services, limited coverage is also provided for: vision analyses by optometrists for children and seniors; prescription drugs for seniors; a special drug program for sufferers of a specific chronic disease condition; a children's dental plan; a special dental program for certain client groups; prosthetic services including coverage for breast prostheses; and an ambulance subsidy program.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to receive insured hospital services. In addition, Nova Scotians are insured for services provided outside the province to the limits of the Nova Scotia fee schedule. These hospital and medical services are made available upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage for 100 percent of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his/her home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient or a visitor to Nova Scotia." Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First-day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, discharged inmates of federal penitentiaries, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of coverage. Students normally resident in Nova Scotia who are in full-time attendance at school outside the province will be covered provided they return home at least once every 12 months.

Payment Arrangements In-Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements. Hospital care services are paid for at the per diem of the host hospital, and medical care services are paid for according to the tariff of the host province or territory. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the Plan or may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services, as the result of an accident or sudden illness while temporarily absent from Canada, are covered in Canadian funds.

Hospital services are paid for at the lesser of two rates: a rate calculated on the basis of the average per diem of the Halifax metro hospitals at the time services are rendered, or at the per diem of the hospital providing the service.

Unapproved non-emergency or elective treatment, unreferral hospital services received in a psychiatric hospital or addiction centre outside Canada, and hospital out-patient services are excluded from out-of-country coverage.

Out-of-country physician services, as the result of an accident or sudden illness during a temporary absence from Canada, are covered in Canadian funds, at Nova Scotia rates.

A Nova Scotia specialist must receive prior consent before referring residents for elective treatment out-of-country. Approval is based on the non-availability of the service. Approval is not given if the service is available in the province or elsewhere in Canada.

The Nova Scotia Department of Health determines payment for prior approved elective services and for services not available in Canada.

Prior consent is required for residents referred to psychiatric hospitals or addiction centres outside Canada for services not available in Canada. Referrals are reviewed by a Medical Advisory Committee and a recommendation for ministerial approval may be required.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time.

Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either Plan.

Over 90 percent of the population lives within 30 minutes' travel time of the 44 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

Payment to Hospitals

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to the Minister, who is authorized by regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the Plan to hospitals each year. In 1993-94, there were a total of 4,199 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health direct expenditures for general and psychiatric hospital services operating costs were \$800 million. Payments to hospitals out-of-province totalled \$11 million for insured services provided to Nova Scotia residents. Total separations from all hospitals were 129,742. Patient days in all hospitals totalled 1,171,843.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians for insured services rendered to residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried and contract physicians.

Reasonable Compensation

The *Health Services and Insurance Act* empowers the Department to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society of Nova Scotia and the Nova Scotia Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

During 1993-94, payments to Nova Scotia physicians totalled \$238,653,399. For physician services provided out-of-province, the Department paid an additional amount of \$3,050,462.

Extended Health Care Services (EHCS)

In April 1993, the responsibility for long-term care facilities (nursing homes, homes for the aged) was transferred from the Department of Community Services to the Department of Health. For individuals without sufficient financial resources, municipalities provide assistance that is cost-shared by the province at 66.67 percent.

On November 1, 1993, the Coordinated Home Care Program, which was previously a joint program between the departments of Community Services and Health, was transferred to the Department of Health (both the home support function and the nursing component).

The Home Care Program includes: homemaker services; personal care services; nursing care services; housing services; and a range of volunteer services for seniors, persons with disabilities and families at risk. Contracted nursing services are provided by the Victorian Order of Nurses and by Martha Home Health Care. Community health nurses from the Department of Health provide service in areas where the Victorian Order of Nurses does not operate.

New Brunswick

Public Administration

Hospital Services and Medical Care Plans

Both Plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Services Plan

The in-patient services to which eligible persons are entitled correspond to those cited in the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available. The out-patient services include: laboratory, diagnostic and radiology procedures, where available; radiotherapy; physiotherapy; and the hospital component of other out-patient services.

Uninsured services include: patent medicines; take-home drugs; third-party requests for diagnostic services; visits for the administration of drugs, vaccines, sera or biological products; televisions; telephones; preferred accommodation at patient's request; and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other statutes.

Services provided under the New Brunswick Extra-Mural Hospital program are insured services. Also called the "hospital at home," the New Brunswick Extra-Mural Hospital is an active treatment program of professional acute and palliative health care to persons ill in their places of residence. Patients are admitted only on referral by their physicians; physicians arrange admission, prescribe treatment and order discharge just as in conventional hospitals. An expansion during 1987-88 increased the total number of Extra-Mural Hospital units to 14. It was further expanded to six new areas in 1992-93. Effective April 1, 1990, the New Brunswick Extra-Mural Hospital expanded its range of services to include long-term care services. This range of services was defined as phase II of its mandate and was previously included as a public health service.

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner and certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital.

The following services are not covered by the Plan: elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of fees; examinations of medical records or certificates at the request of a third party; immunizations, examinations or certificates for purposes of travel, employment, emigration, insurance or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical by-laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of fees; testimony in court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate families; psychoanalysis; electrocardiograms where not performed by specialists in internal medicine or pediatrics; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; transsexual surgery; *in vitro* fertilization; acupuncture;

and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-ups and not for medically necessary purposes.

Prescription Drug Program

In addition to the basic insured health services, New Brunswick also provides a prescription drug program for residents in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government, patients in a registered nursing home, registered cystic fibrosis cases, organ transplant recipients who require cyclosporin, individuals who require Human Growth Hormone, persons registered with the province as requiring AZT and persons receiving Income Assistance.

For seniors who do not qualify for prescription drug coverage without monthly cost, the Blue Cross Seniors' Health Program offers limited coverage, on an optional basis subject to the payment of premiums, for such benefits as prescription drugs, chiropractic services, eye care, foot care, hearing aids, orthotics, ostomy supplies, prosthetic supplies and ambulance services, depending on the plan chosen.

The Department of Health and Community Services administers the Ambulance Services Program, which provides financial assistance for the payment of ambulance services for social assistance recipients and for inter-hospital transfers. Additionally, subsidization grants are provided to operators for the purchase of ambulances and equipment, and to offset operating costs. Funding is provided to a partnership of the New Brunswick Healthcare Association and St. John Ambulance to administer and deliver an ambulance attendant training program.

Universality

Hospital Services and Medical Care Plans

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada; and persons from another province or territory who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial or territorial plans.

In order to be entitled to insured health services, a beneficiary and his/her dependants must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Medicare card bearing the resident's name, address, date of birth and medicare number. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a hospital. No premiums are levied. Effective September 1, 1992, the Medicare card included an expiry date.

Portability

Hospital Services and Medical Care Plans

Minimum Residence

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province or territory. The following groups may be eligible for first-day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick. When entering from outside the country, a person may be eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province and establishing permanent residence. This applies to non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed

immigrants; and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time. As well, coverage is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Effective January 1, 1993, New Brunswick increased its minimum residence requirement to 183 days, in order to bring it online with other jurisdictions.

An eligible person may be temporarily absent from the province for the purpose of vacation, visits or business arrangements; however, this absence must not exceed 182 days in a 12-month period, unless approved by the Director of Medicare.

Students may be temporarily absent on an annual basis when in full-time attendance at a university or another institution provided they do not establish residence elsewhere. Students must inform the Medicare office on an annual basis.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's or territory's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, to the facility involved in the provision of the services, or through reciprocal hospital billing.

With the exception of Quebec, insured medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Selected high-cost procedures are paid as approved by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

All entitled out-of-country hospital services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Hospital in-patient services available in the province are paid at the New Brunswick rate.

In-patient services not available in the province are paid at the average ward rate of three major Canadian hospitals.

All entitled out-of-country medical services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Medical services not available in New Brunswick are paid at Ontario or Quebec rates (exceptions: pathology, radiology or diagnostic ultrasound services are paid at 70 percent).

Prior approval is required for in-patient treatment of substance abuse in an out-of-Canada facility.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory. Coverage ceases on the date of departure from Canada for residents moving permanently out-of-country.

Accessibility

Hospital Services and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick hospital-medicare card entitles eligible persons to insured services.

Preliminary hospital statistics* for 1993-94 are as follows: number of patient days – 1,092,570 (excludes newborns); number of admissions – 119,529; number of separations – 120,335; number of emergency visits – 865,785. As well, there were 1,362,065 patient days, 13,226 admissions and 13,248 separations from the Extra-Mural Hospital.

Medical care statistics for 1993-94: 5.3 million services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 206,000 services, for a total of 5,620,000 services.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a bi-weekly basis. Total expenditures for insured, in-province hospital services amounted to an estimated \$579.4 million in 1993-94. As well, this province paid an estimated \$33.1 million to out-of-province hospitals for services rendered to New Brunswick residents.

New Brunswick hospitals received an estimated \$20.2 million from other provinces and the territories for services provided to out-of-province residents.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practise under the *Medical Services Payment Act* must make application to the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. Fees for those services not included in this schedule are determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1993-94, payments made on a fee-for-service basis to in-province physicians totalled \$163,642,700. Out-of-province physician payments totalled \$7,541,360.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home care is provided through the Nursing Home Services Program as a non-insured service under the authority of the Institutional Services Division of the Department of Health and Community Services. Adult residential care services and facilities are available through a variety of agencies and funding sources. The Family and Community Social Services Division of the Department is responsible for the Special Care Home and Community Residence programs, as well as for the Community-Based Services for Seniors and the Community Services for Disabled Adults programs.

Home health care is available through the Extra-Mural Hospital.

*All figures exclude Extra-Mural Hospital.

Quebec

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The hospital insurance plan, the *régime d'assurance-hospitalisation du Québec*, is administered by the Ministry of Health and Social Services, the *ministère de la Santé et des Services sociaux*.

The health insurance plan, the *régime d'assurance-maladie du Québec*, is administered by the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Ministry of Health and Social Services includes hospital centres, certain residential and extended-care facilities (formerly extended care hospital centres)* and local community services centres.

The treatment of physical and mental illness is provided by the hospital centres, and by some of the residential and extended-care facilities.

Insured in-patient services are provided in the hospitalization units of both categories of hospital centres, whereas out-patient services are available mainly in residential institutions and local community services centres.

Insured in-patient services include: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; provision of routine surgical supplies; diagnostic services; use of operating rooms, case rooms and anaesthetic facilities; provision of medications, prosthetic and orthotic appliances, and of biological products and related preparations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities; and services rendered by hospital centre staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care; electroshock, insulin and behaviour therapies; emergency care; minor surgery care; radiotherapy; diagnostic services; physiotherapy; ergotherapy; inhalation, audiology and speech therapies; orthoptics; and other services or examinations required under Quebec legislation.

Other services covered by insurance are: mechanical, hormonal or chemical contraception; surgical sterilization, namely tubal ligation or vasectomy; reanastomosis of the fallopian tubes or vas deferens.

The Ministry of Health and Social Services administers an ambulance transportation program free of charge to persons age 65 and over.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; *in vitro* fertilization; preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; and services covered by the *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* or other federal or provincial legislation.

* Since October 1, 1992, extended-care hospitals and residential facilities have been included in a single institutional category (the CHSLD — centres d'hébergement et de soins de longue durée), although no change has been made to their specific missions.

Medical Care Plan

The services insured by the medical care plan, the *régime de soins médicaux*, include: medical and surgical services provided by physicians, as well as oral surgery performed in hospital centres or in a university facility determined by regulation by dental surgeons and specialists in oral and maxillo-facial surgery.

The following services are not considered insured: any examination or service that is not related to a process of cure or prevention of illness; psychoanalysis in every form, unless such service is rendered in an institution; any service provided for purely esthetic purposes; any consultation by telecommunication or by correspondence; any service rendered by a professional to his spouse or his children; any examination, expert appraisal, testimony, certificate or other formality required for legal purposes or by a person other than the person who has received an insured service, except in certain cases; any visit made for the sole purpose of obtaining the renewal of a prescription; any group examination, vaccination, immunization, or injections given to a group or for certain purposes; any service rendered by a professional based on an agreement or a contract with an employer, an association or an organization; any adjustment of eyeglasses or contact lenses; any surgical removal of a tooth or tooth fragment carried out by a physician, except in certain cases where the service is provided in a hospital centre; all acupuncture procedures; the injection of sclerosing substances and the examination made at that time; thermography, mammography for detection purposes, tomodesitometry, the use of radionuclides *in vivo* in a human, and ultrasonography, unless all these services are rendered in a hospital centre; any radiological or anaesthetic service provided by a physician if it is required with a view to dispensing an uninsured service, with the exception of a dental service provided in a hospital centre; and any surgical service provided for the purposes of transsexualism unless such a service is provided upon the recommendation of a physician specialized in psychiatry and carried out in a hospital centre; and any services not associated with a pathology and that are rendered by a physician to a patient between the ages of 18 and 65 years, unless that individual is the holder of a claim card for colour-blindness or a refraction problem for the purpose of obtaining or renewing a prescription for eyeglasses or contact lenses.

In addition to the basic insured services, the *Régie* also covers, with some limitations, certain residents of Quebec as defined by the *Loi sur l'assurance-maladie* and Income Security recipients for: optometric services; dental care and acrylic dental prostheses for children; prostheses, orthopaedic appliances, devices, wheelchairs or other equipment for persons with deficiencies or physical deformities; external breast prostheses; ocular prostheses; hearing and visual aids for persons with visual or auditory handicaps; permanent ostomy appliances; pharmaceutical services and prescription drugs for persons aged 65 years and over, those aged 60-64 years who receive the Spouse's Allowance and those aged 60 to 64 years whose spouses have died and who receive Old Age Security benefits; and drugs not included on the list for excepted patients with a serious or chronic illness.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the *Régie de l'assurance-maladie* or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents or deemed residents of Quebec must be registered with the *Régie de l'assurance-maladie* to be eligible for the health insurance programs. Services received by regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries are not covered by the plan. No premium payment exists.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec health insurance plan when benefits under the province or territory of origin cease, provided they register with the *Régie de l'assurance-maladie*.

If outside Quebec for 183 days or more, students, trainees, Quebec government civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and the dependants of all such persons, maintain their coverage, provided the *Régie* is notified of their absence.

This is also the case for persons working on contract or otherwise working temporarily outside Quebec, provided it is outside Canada, and their families either remain in Quebec or retain a place of residence there, and provided they return to Quebec at least once every 12 months.

Resident status is also maintained by those persons who remain outside the province for 183 days or more, but less than 12 months, within a calendar year, provided such an absence occurs only once every seven years and is reported to the *Régie*.

First-day coverage is provided to certain categories of residents, notably permanent residents under the *Immigration Act*, repatriated Canadians, returning Canadians, members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, upon release or discharge. Immediate coverage is also provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits or under an official bursary or internship program of the Ministère de l'Éducation or the Ministère de L'Enseignement supérieur et de la Science.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an interprovincial agreement regarding hospital insurance established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard interprovincial/territorial rates.

The costs of medical services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are reimbursed at the amount actually paid, or the rate that would be paid for the same services in Quebec, whichever is lesser. However, Quebec has negotiated a permanent arrangement with Ontario to pay Ottawa doctors at the Ontario fee rate for emergency care and when services are not offered in the Outaouais region. This host-province payment agreement for the Ottawa-Outaouais region became effective November 1, 1989. A similar agreement was signed in December 1991 for the Abitibi-Témiscamingue/North Bay area.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services provided outside Canada in cases of emergency or sudden illness are reimbursed by the *Régie*, usually in Canadian funds, to a maximum of \$498 Canadian per diem if the patient was hospitalized (including day surgery), or \$60 per out-patient visit. In both cases, this includes related diagnostic and therapeutic services. Services must be dispensed in a recognized establishment accredited as a hospital or hospital centre by the competent authorities under whom the establishment operates. No reimbursements are made for nursing homes, spas or similar establishments.

Students, trainees, Quebec officials posted abroad, missionaries and employees of non-profit organizations working under programs of international aid or co-operation recognized by the Ministry of Health and Social Services, must contact the *Régie* in order to ascertain their eligibility. If the *Régie* recognizes them as having special status, they receive 100 percent reimbursement in hospital insurance

benefits in case of emergency or sudden illness, and 75 percent reimbursement in other cases, when the services are dispensed in the area of their posting.

Costs for medical services are reimbursed at the rate which would have been paid by the *Régie* to accredited Quebec health professionals (physicians, dentists, oral surgeons, optometrists and pharmacists), up to the amount of the expenses actually incurred. All services insured in the province are covered abroad, usually in Canadian funds, at the Quebec rate.

Beneficiaries requiring hospital treatment abroad for services unavailable in Quebec, or in Canada, are reimbursed 100 percent with prior consent. Consent is not given if the hospital service is offered in Quebec.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when insured residents move permanently to another country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the province of Quebec. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows for two other options: professionals who have withdrawn from the plan practise outside the plan, but must agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating professionals who practise outside the plan entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the *Régie*.

In 1993,* there were 123 acute care hospitals in the province with a total of 33,440 beds; they admitted a total of 775,700 patients, or the equivalent of 10,548,000 patient-days.

Payment to Hospitals

The financing of a hospital centre by the Ministry of Health and Social Services is carried out through a system of payments in respect of the cost of insured services provided.

In 1993-4, payments to hospital centres for insured services provided to Quebec residents in the province totalled an estimated \$5.8 billion,** and payments to hospitals out-of-province totalled an estimated \$95 million.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a negotiated fee schedule. Physicians who have withdrawn from the health insurance plan are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule after the patient has collected from the *Régie*. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

* The last year for which there are figures available.

** This amount does not include some \$588 million allocated to the former extended-care hospitals.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by health care professionals. The Minister may enter into an agreement with the organizations representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice or specialty according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with organizations representing health care professionals.

In 1993-4, the Régie made payments to physicians in the province that totalled an estimated \$2,152 million. For medical services provided out-of-province, the Régie paid approximately \$9.6 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and home care services are available, with admission co-ordinated through a regional admission system and based on a single assessment tool. Local community services centres, *centres locaux de services communautaires* receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day centre programs or home care, or refer them to the appropriate agency.

Some home care services are offered by the provincial Ministry of Health and Social Services, including nursing care and assistance, homemaker services and medical surveillance.

Residential facilities and long-term care units in short-term care hospitals focus on the maintenance of autonomy and functional capacities of their residents by providing a variety of programs and services, including health care services.

Ontario

The Health Insurance Plan combines both hospital and medical care. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Ontario is established under the *Health Insurance Act* to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The health program is administered on a non-profit basis by the Ministry of Health. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical delivery room and anaesthetic facilities.

Most out-patient services are insured, including: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy facilities, where available; use of diet counselling services; use of home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication; the provision of equipment, supplies and medication to haemophiliac patients; the drug Cyclosporin to transplant patients; the drug AZT to AIDS patients; biosynthetic human growth hormone; rabies vaccines; and drugs for treatment of cystic fibrosis and thalassemia.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; telephones; televisions; charges for private-duty nursing; cosmetic surgery under most circumstances; provisions of medications for patients to take home from hospital, with certain exceptions; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs other than anti-rabies injections, AZT and the biosynthetic human growth hormone.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario also provides: mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals; the residential component of the Homes for Special Care Program; ambulance services (air and land); dental treatments for patients with cleft lip/palate registered at a designated clinic; and funding for a Breast Screening Program for the province.

Medical Care Plan

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; radiology and laboratory services in approved facilities; and immunizations, injections and tests. Insured dental services include: repair of traumatic injuries; surgical incisions; excision of tumours and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; and alloplastic reconstructions and other specified dental procedures where it is medically necessary that they be rendered in hospital.

In addition to the basic insured health services, the Ministry of Health also provides: oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for all persons age 65 and over who are legally entitled to remain in Canada and reside in Ontario, and those receiving social assistance; an assistive devices program such as hearing aids, wheelchairs, respiratory equipment and supplies, and an annual grant for needles and syringes for insulin-dependent senior diabetics; a northern health travel grant program; and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths and chiroprudists, and physiotherapy in approved facilities.

Uninsured services include: travelling to visit an insured person outside the area of the practice; toll charges for long-distance telephone calls; preparing or providing a drug, antigen antiserum or other substance; advice given by telephone at the request of the insured person or the person's representative; an interview or case conference; preparation and transfer of records at the insured person's request; a service that is received wholly or partly for the production or completion of a document or the transmission of information in specified circumstances; the production or completion of a document or the transmission of information to any person other than the insured person in specified circumstances; provision of a prescription when no concomitant insured service is rendered; cosmetic surgery; acupuncture procedures; psychological testing; group screening programs; and research and survey programs. This is not an exhaustive list and is subject to exceptions. Refer to section 24 of Reg. 552 under the *Ontario Health Insurance Act* and to the Schedule of Benefits for physicians.

Universality

All residents of Ontario are eligible for coverage subject to a three-month waiting period, if applicable. Regulations under the *Ontario Health Insurance Act* define those types of persons who are residents of Ontario, as well as those who are subject to the three-month waiting period (refer to section 11 of the *Ontario Health Insurance Act* and O. Regs. 490 and 491/94).

Every resident of Ontario is required to register himself/herself. All insured hospital, medical and dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Portability

Minimum Residence

Subject to certain exceptions, new or returning residents who apply to become insured persons are subject to a three-month waiting period before they are eligible for or entitled to insured health services (refer to O. Reg. 491/94).

Residents must reside in Ontario for a minimum of 183 days in any 12-month period to maintain coverage.

An insured person must apply in writing to the Ministry of Health and be approved for continuous coverage for an extended absence from Ontario of more than 183 days.

Payment Arrangements In-Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces and territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Ontario also participates in reciprocal billing arrangements with all other provinces and the territories except Quebec for insured physician services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Effective July 1, 1994, out-of-country emergency hospital costs are reimbursed at Ontario fixed per diem rates of:

- maximum \$100 Canadian for in-patient services;
- maximum \$50 Canadian for out-patient services; and
- maximum \$210 Canadian per dialysis treatment.

Medically necessary out-of-country physician and other eligible practitioner services (chiropractors, dentists, optometrists, podiatrists and osteopaths) as well as laboratory tests required on an emergency basis are reimbursed at the rates listed in the Ontario Ministry of Health's Schedule of Benefits or the amount billed, whichever is less.

Where medically accepted treatment is not available in Ontario, or in those instances where the patient is threatened in terms of life or irreversible damage to his or her health, the patient's Ontario physician may request prior approval for full ministry funding of out-of-country health services. To qualify for full ministry payment of services in these instances, an application for prior approval of payment of out-of-country health services must be completed and submitted by an Ontario physician prior to departure.

Permanent Moves Out-of-Province

Ontario residents who leave Ontario permanently and immediately establish residence in another province or territory of Canada are entitled to benefits for three months from the date that they cease to be residents.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospital by physicians. A user charge for room and board in respect of chronic hospital care applies after 60 days and is permissible by virtue of subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

In 1991-92,* there were 223 public hospitals in the province, staffed and in operation, which included chronic, general and special rehabilitation units. More than 9,638,104 acute patient days and 3,949,562 chronic patient days were delivered by public hospitals during the fiscal year.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. An Underserved Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Two programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Medical Specialist Incentive Program provides financial assistance to specialists locating their practices in Northern Ontario; and the Northern Health Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 100 kilometres one way in Northern Ontario or Manitoba or a minimum of 200 kilometres one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the *Health Care Accessibility Act*. Physicians and optometrists who bill their patients directly, and dentists, may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

*Latest year for which figures are available.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1990-91*, Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated \$6.4 billion for insured services. In 1993-1994, payments to hospitals out-of-province totalled \$105,217,682 for insured services provided to Ontario residents.

System of Payment for Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid primarily on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits within Regulation 552 of the *Health Insurance Act*. Physicians elect to opt in and bill the Plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Non-participating physicians in Ontario have the option to bill the Plan directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. The percentage of opted-out physicians has fallen less than two percent since the passage of the *Health Care Accessibility Act*.

Reasonable Compensation

In recent years, there has been a Joint Committee on Physicians' Compensation composed of representatives from the Ontario Medical Association, the provincial government and a neutral chairman. It is the Committee's objective to reach agreements regarding global adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that are acceptable to both parties. In instances of impasse, the Chairman may be asked to act as a fact-finder. The negotiating process is being reviewed by the parties.

Representatives of government and the Ontario Dental Association negotiate agreements on adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that cover insured dental services provided in hospital.

During 1993-94, medical payments totalled \$4,338,565,518. This amount covers payments for physician and laboratory services. For physician services provided out-of-province (the reciprocal medical billing system, excluding Quebec), the Plan paid \$12,385,304 for fiscal year 1993-94.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended health care is provided by nursing homes funded by the Ministry of Health, as well as homes for the aged and charitable institutions supported through the Ministry of Community and Social Services. Both acute and chronic home care services are also provided, including supplemental features such as home renal dialysis and hyperalimentation.

Ontario is undertaking a significant and comprehensive reform in the delivery, funding and administration of long-term care services which will emphasize community-based and in-home services as alternatives to traditional residential care.

*Latest year for which figures are available.

Manitoba

The Manitoba Health Services Insurance Plan is a combined hospital and medical care plan. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Manitoba is administered by the Ministry of Health through the Manitoba Health Services Insurance Fund, established under the *Health Services Insurance Act*, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Ministry is required to submit an annual report of the Fund to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the provincial Auditor's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; routine medical and surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy facilities, where available. Most out-patient services are insured, including dialysis in an approved facility. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; and personal services such as television, radio, telephone, etc.

Services are not insured if provided to insured persons under other statutes.

Medical Care Plan

Insured physician services in facilities, physicians' offices or patients' homes include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by Manitoba Health; and immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a licensed oral and maxillo-facial surgeon or a licensed dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures, include: surgical removal of impacted teeth; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university or camp, or performed at the request of third parties; group immunization or other group services except where authorized by Manitoba Health; services provided by a medical practitioner, dentist, chiropractor or optometrist to him/herself or any dependents; preparation of records, reports, certificates, communications and testimony in court; mileage or travelling time; advice by telephone; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists and other practitioners not provided for in legislation; *in vitro* fertilization; tattoo removal; contact lens fitting; reversal of sterilization procedures; and psychoanalysis.

In addition to the basic insured health services, Manitoba Health also provides, with limitations, a Pharmacare drug program; eyeglasses for seniors; contact lenses for seniors and children with congenital eye defects; prosthetic and orthotic devices and services; telecommunication devices

for the profoundly deaf; artificial eyes; breast prostheses and surgical brassieres; dental coverage for patients with cleft lip/palate; hearing aids and orthopaedic shoes for children; an emergency air ambulance program; northern patient transportation for medical treatment; an out-of-province transportation subsidy for patients who are referred for medical treatment not available in the province; and, with some limitations, the services of chiropractors and optometrists. It also administers the Land Ambulance Services Program, which provides grants that may be applied toward the purchase of ambulance vehicles and equipment or to subsidize operating costs.

Universality

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force and inmates of federal penitentiaries, who are legally entitled to be in Canada and who make their homes in Manitoba and are physically present in the province at least six months a year, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions. No premiums are levied.

Portability

Minimum Residence

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province or territory. Returning Canadians and landed immigrants arriving from out-of-Canada are insured on the date of arrival in Manitoba. As well, persons from outside Canada who are in the province with work authorizations for more than one year are eligible for coverage. First-day coverage is also provided to discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and to discharged inmates of federal penitentiaries.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to 12 months. Students who intend to return to reside in Manitoba upon completion of studies are covered for the duration of their studies. A person must be physically present in the province for at least six months a year to qualify as a resident.

Payment Arrangements In-Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Manitoba pays the standard out-patient charges authorized by the Federal/Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment for professional (medical) benefits are in accordance with the reciprocal billing agreement between provinces (except Quebec).

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services received outside Canada due to an accident or sudden illness are paid as follows:

- in-patient — the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient — the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the flat rate per visit established by regulation.

When hospital services are recommended by an appropriate Manitoba specialist and approved by the Minister, but are not available or cannot be adequately provided in Manitoba or elsewhere in Canada, the Plan pays the following fees:

- in-patient — the greater of 75 percent of the actual hospital charges for the insured services provided and a per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient — the greater of 75 percent of the actual hospital charges for insured services provided and a flat rate per visit established by regulation.

Payment for hospital services are made in U.S. funds. For physician services received outside of Canada in an emergency or upon referral by an appropriate specialist and approved by the Minister, payment is made according to the current Manitoba Physician's Manual in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

As of March 31, 1994, Manitoba had a total of 4,669 acute care beds and 919 other beds (psychiatric extended treatment, palliative, chronic, long-term assessment/rehabilitation and panelled) to serve a population of 1,142,304; or 4.1 acute care and 0.8 other beds per 1,000 people.

Fifty-six percent of the population live in Winnipeg, which has 2,498 acute care beds and 731 other beds. There are two teaching hospitals and five community hospitals in the city. These facilities range in size from 136 to 879 beds. In addition, there are two hospitals that provide long-term care as well as one adolescent psychiatric facility.

Manitoba's rural population is served by Brandon General Hospital and 69 community and district hospitals ranging in size from 4 to 128 beds, plus two federal hospitals and 18 federal nursing stations. In addition, rural Manitoba residents can use acute care beds in Winnipeg.

While the number of physicians in Manitoba compares favourably with other provinces, the distribution of physicians within the province has come under scrutiny. A Physician Resource Committee, with broad representation from all stakeholders, was established (1) to develop a comprehensive physician resource plan for Manitoba; and (2) manage the supply of physicians in the province to ensure reasonable access to medical services.

As an interim measure, the issuance of all fee-for-service billing numbers on or after January 1, 1994 has been deemed provisional.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Total Manitoba Health expenditures for hospital services during the fiscal year 1993-94 amounted to \$960,593,500. This includes payments to federal hospitals in the amount of \$2,102,600; \$12,808,600 to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; \$16,980,100 to hospitals outside the province; \$907,237,200 to public general hospitals; and \$21,465,000 to community health centres and clinics.

System of Payment for Medical Care

The majority of physicians in the province are paid according to a fee schedule negotiated with the Manitoba Medical Association. Roughly 25 percent of total physician remuneration is paid by arrangements other than fee-for-service, such as salary, sessional or block arrangements.

Physicians may elect to opt out of the medical insurance plan and bill their patients directly. Extra billing beyond the rates negotiated by government and the medical association is prohibited.

The Manitoba Medical Association and Manitoba Health have been cooperatively working toward the development of a resource-based relative value schedule of benefits for paying for medical services.

Reasonable Compensation

A five-year agreement between the Manitoba government and the Manitoba Medical Association is in place for the period April 1, 1993 to March 31, 1998. The agreement establishes annual limits for the total cost of physician services in Manitoba paid on a fee-for-service basis. For 1993-94, the annual limit was set at 98 percent of the prior year's annual cost. (During 1992-93, fee-for-service payments to physicians in the province for Manitoba residents totalled \$254,218,811.) Similarly, for 1994-95, the annual limit will be 98 percent of the 1993-94 limit.

Extended Health Care Services (EHCS)

Manitoba Health administers the Home Care Program. It is a province-wide program that provides in-home professional health services and various support services. Most of the services that clients receive under the Program are delivered by direct service workers employed through the regional offices of the Department. Some services are delivered by contracted agencies such as the Victorian Order of Nurses, Community Therapy Services and Ten Ten Sinclair. In addition to providing home care services, the Program is also responsible for assessment and placement for long-term institutional care.

Personal care homes are funded and licensed through Manitoba Health. The Manitoba Health Services Insurance Plan provides insured coverage for eligible persons residing in personal care homes. Residents of personal care homes pay a daily residential charge.

Other extended health care services within the Home Care Program include: home oxygen therapy; intravenous antibiotic therapy; home ventilation devices; Manitoba Home Care Equipment and Supply Program; the Ostomate Program; in-home dialysis; and other agencies/services as funded by the Home Care Program such as Meals on Wheels, Winnipeg Inc., the Manitoba Alzheimer Society, Housing with an Independent Difference (HIDI) and wheelchair services provided by the Society for Manitobans with Disabilities.

Saskatchewan

Public Administration

Hospital Insurance Plan

The Hospital Services Plan is administered on a non-profit basis by the District Support Branch of Saskatchewan Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Medical Care Plan

Prior to January 1, 1988, the Medical Care Insurance Plan was administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission was responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Since January 1, 1988, the Saskatchewan Minister of Health has been directly responsible for the administration of the Medical Care Insurance Plan. The administrative activities of the Plan have been integrated into the Medical Care Insurance Branch of Saskatchewan Health.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals through the Hospital Services Plan. Insured services include: public ward accommodation; necessary nursing services; operating room and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physiotherapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital and approved by the Minister.

Uninsured services under the Hospital Services Plan, either in-province or out-of-province include: extended care within the province; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care, whether provided in hospital or at home, and care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; reversal of sterilization; electrolysis; penile prostheses; out-of-province cataract surgery and MRIs unless prior and written approval has been obtained from Saskatchewan Health; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take-home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the branches also fund directly, or through grants to hospitals, a variety of other agencies, programs and activities, including: The Saskatchewan Cancer Foundation; the Canadian Red Cross Society; community clinics; physical therapy facilities; the College of Medicine, University of Saskatchewan; and other health organizations.

Prescription drugs required outside of hospitals are eligible for cost-shared benefits through the Saskatchewan Prescription Drug Services Branch.

Supplementary benefits include patient charges for emergency medical transportation (road ambulance and Saskatchewan Government air ambulance service).

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under the Medical Care Insurance Plan include: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes, with exceptions; sterilization reversals; medical reports or certificates; eyeglasses; group immunizations; services provided by a person to him/herself or to his/her dependents; acupuncture; *in vitro* fertilization; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to the basic insured health services, the province also provides, with limitations, a prescription drug plan; a children's dental educational program; a hearing aid plan; the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Plan, which provides medical equipment and appliances to persons who are disabled; limited coverage for services provided by chiropractors and optometrists; and coverage for services provided by chiropodists.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, are entitled to services provided through the Plans. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the province, or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province or territory; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

In the case of an unmarried person, he/she is entitled to insured services on and from the first day of the third month following the day he/she establishes residence in Saskatchewan. In the case of a married person, he/she is entitled to insured services on and from the first day he/she or his/her spouse establishes residence in Saskatchewan, whichever day is later.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include: members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the Royal Canadian Mounted Police Force upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the *Saskatchewan Assistance Act*. As well, immediate coverage is available to persons from outside Canada who are in the province with work authorizations.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence provided that: the person is physically present in Saskatchewan for at least six months of each year; the person is in full-time attendance at an educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; and the person is ordinarily physically present in Saskatchewan but is temporarily absent from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement, or employment.

Payment Arrangements In-Canada

The hospital plan pays for insured hospital services at the host province or territory rates. A common claim form is used by the out-of-province/territory hospital to bill its provincial/territorial hospital insurance plan, which in turn bills the Branch.

The Medical Care Insurance Branch pays for insured medical services provided in other provinces and territories, except Quebec, according to a reciprocal billing arrangement. Out-of-province physicians bill their own health plans for services provided to Saskatchewan residents. These costs are periodically charged back to the Saskatchewan Medical Care Insurance Branch.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Insured emergency in-patient services provided in approved hospitals are paid up to a maximum rate of \$100 Canadian per day.

Emergency out-patient services provided by approved hospitals outside of Canada are paid up to a maximum rate of \$50 Canadian per visit.

Emergency physician services covered in-province which are provided outside Canada are normally paid in Canadian funds at rates approved in Saskatchewan. Elective hospital and physician services are covered only if the treatment has received prior written approval of Saskatchewan Health.

No prior consent is required to obtain coverage for emergency physician services at Saskatchewan rates. However, where approval from the Medical Care Insurance Branch is obtained by a specialist physician in Saskatchewan prior to treatment outside the country, for a service not available in Saskatchewan or another province in Canada, physicians may be paid at a fair and reasonable fee (including exchange) charged in the place the service is obtained.

Prior approval is required for residents receiving cancer treatments, drugs or procedures outside Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

As of March 31, 1994, there were 82 acute care hospitals in the province with a total of 6,492 beds. During 1993-94, 49 acute care hospitals discontinued providing acute in-patient services. All hospitals continue to provide out-patient emergency services while 21 provide residential in-patient care as special care homes. No user charges exist for hospital services. There are 1,152 active physicians throughout the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors and optometrists is banned. Under a new co-payment system introduced in 1992, chiropractors are now able to charge most patients an additional amount beyond the amount paid by the Plan.

Payment to Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to hospitals. Semi-monthly payments are made by the Plan on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each hospital in the fiscal year.

During the 12 months ending March 31, 1994, payments totalling \$561.4 million were made to hospitals in the province for in-patient care and \$68.5 million for out-patient services. Saskatchewan hospitals received \$1.6 million for in-patient and \$8.3 million for out-patient care provided to residents of other provinces or territories under reciprocal agreements with other provinces and territories. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to \$32.5 million in 1993-94.

System of Payment for Medical Care

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Branch payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, a medical compensation review committee is established, with members appointed by the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association. This committee attempts to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes provision for a Medical Compensation Review Board, which is an arbitration panel that acts in the event that the committee is unable to reach an agreement.

During 1993-94, payments to physicians in the province totalled \$237 million. For physician services provided out-of-province, the Branch paid approximately \$9.8 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

The District Support Branch of Saskatchewan Health provides funding for a variety of home care and home support programs, as well as providing operating grants for special care homes.

The Home Care Program provides assessment and care co-ordination, meals, nursing, homemaking, home maintenance and a variety of volunteer services. Community support programs include adult day programs and respite.

Special care homes provide residential care for adults who do not require acute care but do require a greater degree of care or supervision than they could receive in their own homes. Personal (private) care homes also provide residential care. Legislation to license and monitor these facilities, the *Personal Care Homes Act*, was passed in August 1989, and proclaimed October 1, 1991.

The District Support Branch of Saskatchewan Health operates and funds community health, mental and addiction service programs in institutional, home and community settings. Other programs managed by the Department include the Community Therapy Program, the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program and the Chiropractic Program.

Alberta

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Health is responsible for the Plans. The accounts are audited annually by the Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; use of radiotherapy, occupational therapy, speech therapy, respiratory therapy, psychiatric therapy and physical therapy facilities, where available, for in- and out-patients; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport an in-patient between hospitals; out-patient goods and services including goods used in a medical procedure; and provision of designated drugs through clinics located in Edmonton and Calgary for persons with cancer, cystic fibrosis, HIV/AIDS or growth hormone deficiency, or requiring organ transplants.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; take-home drugs, appliances and biologicals; private nursing services; transporting out-patients between hospitals; artificial limbs and other external prosthetic appliances; and examination for use of third parties.

The Department of Health administers the Cleft Palate/Lip Program and provides funds for the Early Detection of Breast Cancer Program.

Medical Care Plan

Insured health services under the Health Care Insurance Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations, and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the regulations.

Services not insured under the Plan include: medico-legal services; medical reports or certificates; advice by telephone; examinations required by a third party for drivers' licences (except as required by law for seniors just prior to their 75th birthday, and as required thereafter), employment, schools, summer camps, insurance and similar purposes; services that a resident is eligible to receive under a statute of any other province or territory, under any statute relating to workers' compensation or under any statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a practitioner; any service determined "not medically required" by a physician, or classed as experimental; drugs, plaster and special bandages; patient or practitioner transportation costs; charges for distance or travelling time of a physician; lab and x-ray services performed in a facility not approved by the Minister; substance abuse, eating disorder or similar addictive behaviour treatment provided outside Canada without prior approval of the Minister; routine dental care, dentures,

eyeglasses, hearing aids, medical and surgical appliances and supplies; and services provided by a clinical psychologist.

In addition to the insured medical and dental services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services under the Basic Health Services Program, including chiropractic, physical therapy, optometric and podiatric services. The Plan also provides out-of-province hospitalization benefits for Alberta residents and Extended Health Benefits and Non-Group Blue Cross Benefits for eligible residents.

Non-Group Blue Cross coverage is available to all registered residents on an optional basis subject to the payment of premiums, and provides additional benefits for approved prescription drugs, accidental dental care, ambulance services, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances and hospital care.

The Extended Benefits Program provides additional benefits for eyeglasses, and dental goods and services to residents age 65 and older, their spouses and dependants, and eligible widows and widowers age 55 to 64 and their dependants. Persons eligible for the Extended Benefits Program receive basic health coverage as well as Blue Cross coverage premium-free.

The Alberta Aids to Daily Living Program, in cooperation with authorizers and vendors, assists individuals who have a chronic disability or illness, and individuals who are terminally ill, to secure certain basic medical supplies and equipment necessary for more independent functioning at home or in a home-like setting. Examples of supply and equipment support by these programs include: medical and surgical supplies; respiratory therapy benefits; walking aids; hearing aids; wheelchairs and accessories.

The Emergency Air Ambulance Program covers emergency air ambulance costs to transport residents within Alberta and outside the province to receive the required level of service, when ordered by a physician.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan provided they are registered with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependants. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium coverage. The Alberta Health Care Insurance Plan operates a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships, and provides premium-free coverage for seniors and their spouses; widows and widowers age 55 to 64 under the *Widows Pension Act*; recipients of certain social allowance, correctional or mental health programs; and dependants of those receiving this premium-free coverage.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period for coverage under the Alberta Hospitalization Benefits Plan does not exceed three months.

First-day coverage is provided to landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the Royal Canadian Mounted Police, the Armed Forces and federal penitentiaries, and specified persons from outside of Canada who have established residence in Alberta.

A resident who is temporarily absent from the province for vacation, visit or business engagement reasons continues to be eligible for benefits provided his/her absence does not exceed 12 consecutive months. A resident who is on educational leave from employment is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 24 consecutive months. A resident who works on behalf of a religious organization approved as a registered charity, such as a missionary worker, is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 48 consecutive months.

Coverage is maintained for the duration of the temporary absence from the province for students enrolled in full-time study at an accredited educational institution.

A resident must reside in Alberta for the major portion of each year in order to maintain coverage. Premiums must continue to be paid during a temporary absence (exceptions apply as for in-province coverage).

Regardless of the reason for temporary absence, residents are required to notify Alberta Health Care as soon as it appears likely that treatment for a single accident or illness will continue longer than three months.

Payment Arrangements In-Canada

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Payments for insured medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada are at the host provincial/territorial rates, except for Quebec. For Quebec, the payments are made according to the Alberta rates for medical services provided to Alberta residents in Quebec.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospitalization benefits are only payable when services are provided in active treatment general hospitals (that provide standard services such as I.C.U. or emergency ward) or auxiliary hospitals (that provide standard acute care services to long-term or chronically ill patients). If services are not insured in the province, they are not insured when provided out of the country.

The maximum amount payable for out-of-country in-patient hospital services is \$100 per day. The maximum out-patient per visit rate is \$50.

Benefits for out-of-country practitioner services are payable according to the fee charged or the Alberta rate, whichever is the lesser.

Prior approval is required for non-emergency health care services provided outside Canada for the treatment of alcohol and substance abuse, eating disorders and similar addictive/behavioural disorders.

Full coverage of treatment costs outside Canada may be provided under the following two programs:

- the Out-of-Province Supplementary Assistance Program, which may apply where the required service is not available in Canada; and
- the Emergency Financial Assistance Program, which may apply where the treatment expense could not have been guarded against.

Permanent Moves Out-of-Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province or territory of Canada is entitled to continued coverage for the period beginning the day

he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the Plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

To ensure reasonable access to hospital services, Alberta had 124 acute care public hospitals and 136 long-term facilities operating throughout the province in 1993-94. Acute care hospitals have 12,842 rated beds (number of beds that a facility is approved to operate), and there are 13,644 long-term care beds. Ongoing health restructuring efforts are reducing these numbers as community care options are enhanced. Alberta currently has approximately 3.5 acute care beds per 1,000 people. The target provincial ratio is 2.4 beds per 1,000 people by the end of 1996-97. In 1993-94, per diem accommodation charges for long-term residents effective August, 1993 are \$21.40 (standard), \$22.95 (semi-private) and \$26.75 (private). This charge is compatible with the exclusions provided for under subsection 19(2) of the *Canada Health Act*.

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained. To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserved areas.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded mainly through global budgets. The global budgets are adjusted on the basis of relative performance.

In 1993-94, total expenditures (operating and capital expenditures) for acute care hospitals in the province were \$1.872 billion, and for long-term care facilities were \$474 million. Expenditures for hospital services provided outside the province were \$24.5 million during the same year.

System of Payment for Medical Care

Most physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the Plan or the patient. Extra-billing was terminated in Alberta on October 1, 1986.

Reasonable Compensation

In 1986, Alberta Health and the Alberta Medical Association reached an agreement that provided for negotiation of fees, and if necessary a reference of fee disputes to arbitration. In 1991, this agreement was expanded to include a negotiated cap on the total medical care budget. Both agreements were ratified by majority vote of the members of the Alberta Medical Association.

In 1993-94, fee-for-service amounts payable to physicians in the province totalled \$884,208,792. The Plan paid approximately \$15 million for physician services provided to Alberta residents out-of-province.

Extended Health Care Services (EHCS)

Alberta long-term care facilities provide room and board and a range of care services, from personal care with nursing supervision to skilled medical and therapeutic services. Long-term care facilities include both auxiliary hospitals and nursing homes. In most instances, these are now referred to as long-term care facilities and they meet the needs of residents with similar care requirements. They are in the process of being integrated into a single system through changes in regulations. All long-term care facilities are funded for nursing care and chronic care based on the Alberta Resident Classification System and Case Mix Funding System. The case-mix index (CMI) funding methodology is based upon the principle that funding for nursing care for long-term care facilities should vary according to resident care requirements. On the basis of each facility's CMI, a required level of paid nursing hours is established and funded for nursing care. Government funding is also provided to cover the costs of facility administration, therapeutic services (physical, occupational and recreational therapy), support services (such as housekeeping and laundry), dietary, pharmacy and ambulance services, and so on.

The Home Care Program, which is delivered through 27 health units throughout Alberta, provides a variety of services to assist individuals of all ages to remain at home despite significant health problems or disabling conditions. All health unit home care programs provide assessment, case co-ordination, and nursing and support services (personal care and home support). Other services that may be offered include occupational therapy, physical therapy, respiratory therapy, speech-language pathology, social work and nutrition services.

Admission to the long-term care system, which includes home care, long-term care facilities and adult day programs, is based on a functional assessment of the individual's need for the services using the Alberta Assessment and Placement Instrument. The Single Point of Entry (SPE) process was developed to provide a single point of access to individuals seeking facility-based or community-based long-term care. Its purpose is to ensure that all possible community options are explored before facility-based care is considered. Home Care staff conduct assessments, identify needs in co-operation with clients and their families, and recommend health and support services that best suit these needs.

Alberta Health also administers the Alberta Aids to Daily Living (AADL) Program. The purpose of AADL is to enhance the independence of clients living at home who have a chronic or terminal illness or disability by assisting them with the provision of Program-approved medical equipment and supplies. Clients are assessed for eligibility by health care professionals in health units, and hospitals and long-term care facilities.

Mental health services are delivered both by the Mental Health Division through community clinics and care centres, and by government-funded, non-profit community agencies. Services provided by the clinics include assessment and treatment to individual clients, and consultation to physicians, health facilities, health units, schools and community agencies. Two residential care centres provide long-term rehabilitation programs for people with severe mental illness. Over 70 agencies are funded to provide a range of programs, which include residential programs such as assessment units, assisted apartment living and group homes; and non-residential programs such as drop-in centres, counselling services and suicide prevention programs. Acute care mental health services are provided through a network of two mental health hospitals and specialized programs in 16 hospitals located throughout the province.

British Columbia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Acute Care/Provincial Programs Division, Regional Programs of the Ministry of Health. The Division is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Acute Care/Provincial Programs Division and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The following insured in-patient services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies, when administered in a general hospital specified in the *Hospital Insurance Act*; routine surgical supplies; use of operating room and case room facilities; anaesthetic equipment and supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; and other services, approved by the Minister, that are rendered by persons who receive remuneration from the hospital. Qualified persons not requiring in-patient hospital care may receive emergency treatment for injuries or illness and operating room or emergency room services for surgical day care and minor surgery, including the application and removal of casts.

Hospital out-patient benefits include: out-patient renal dialysis treatments in designated hospitals or other approved facilities; diabetic day-care services in designated hospitals; out-patient dietetic counselling services at hospitals with qualified staff dietitians; psychiatric out-patient and day-care services; physiotherapy and rehabilitation out-patient day-care services; cancer therapy and cytology services.

Take-home drugs and certain hospital drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare program. Other procedures excluded under the *Hospital Insurance Act* are: diagnostic out-patient services not associated with emergency services; the services of medical personnel not employed by the hospital; treatment for which the Workers' Compensation Board, Department of Veterans Affairs or any other agency is responsible; transportation to and from hospital; *in vitro* fertilization; cosmetic services solely for the alteration of appearance; and reversal of sterilization procedures. Uninsured hospital services also include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; and private nursing services.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad category of services covered is: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are not insured: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third-party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office; acupuncture; group immunizations; telephone advice; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; medico-legal services; cosmetic services; and preventive medical counselling, for example, smoking withdrawal programs.

In addition to the basic insured health services, the province also provides screening mammography services; hearing devices at competitive prices; oral surgery and orthodontic treatments for patients age 20 years or younger with cleft lip/palate or severe congenital facial abnormalities; and, with some limitations, the services of chiropractors, naturopaths, optometrists, orthoptists, physiotherapists, massage practitioners and podiatrists.

The Pharmacare program provides full or partial assistance with the cost of designated prescription drugs; ostomy and mastectomy supplies; prosthetic devices and orthotic bracing for children 19 years of age and under; needles and syringes for insulin-dependent diabetics; and blood-glucose testing strips for diabetics with a Certificate of Training from a recognized training centre.

Ambulance services are provided within the province, by the British Columbia Ministry of Health, through the Emergency Health Services Commission, with a nominal charge to the patient.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All qualified residents, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, are entitled to hospital and medical care insurance coverage.

There are no premiums for the Hospital Insurance Plan. However, there is a daily charge for extended care hospital services for patients over the age of 19. This charge, representing the cost of accommodation and meals, is established once a year. At the year end, it was \$34 a day. Residents of limited means are eligible for assistance; there are five levels, ranging from 20 to 100 percent of the difference between the \$34 rate and \$23.50, being 85 percent of the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. In certain circumstances, there is provision to waive a portion of the \$23.50 fee.

Enrollment in the Medical Services Plan is not mandatory; however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Residents of limited means may be eligible for premium assistance; there are five levels, ranging from 20 percent to 100 percent of the full premium. As well, up to several months of retroactive coverage may be possible for persons previously enrolled in the Plan who have allowed their premiums to lapse, if they make up the required premium payments.

Coverage is available on uniform terms and conditions. However, low-income persons are eligible for the premium subsidies referred to above and the government pays the patient visit charges for supplementary benefits on their behalf.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence requirement for hospital insurance and medical care coverage is a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual becomes a resident.

The Plan provides first-day coverage to discharged members of the Royal Canadian Mounted Police and Canadian Armed Forces, and to released inmates of federal penitentiaries. However, if

discharged outside of British Columbia, they must wait the prescribed period. Coverage is provided to landed immigrants on the last day of the second month following the month of arrival in the province. As well, after the waiting period, coverage is available to persons from outside Canada who are in the province on work permits.

Individuals who leave the province temporarily on extended vacations or for temporary employment are covered for up to 12 months, provided the required premiums are paid. Residents may take annual vacations of up to six months provided six months are spent living in the province.

Individuals who maintain a second residence outside the province must be physically present in British Columbia for at least six months each year in order to maintain coverage.

Persons attending school outside Canada may be entitled to coverage for up to five years while away from the province; those working for organizations such as CUSO or CIDA may be entitled to coverage for up to two years while away from the province. Continuous coverage will be maintained, subject to payment of the required premiums, unless the individual returns after the expiration of the coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Payment Arrangements In-Canada

According to interprovincial/territorial reciprocal billing arrangements, physicians, except in Quebec, bill their own medical plans directly for services rendered to eligible British Columbia residents on presentation of a valid Medical Services Plan card (CareCard). British Columbia then reimburses the province or territory at the rate of the fee schedule in the province or territory in which services were rendered.

For in-patient hospital care, hospital charges are paid at the standard ward rate actually charged by the hospital. For out-patient services, the payment is at the interprovincial/territorial reciprocal billing rate. Payment for these services, except for excluded services, is handled through the interprovincial/territorial reciprocal billing procedures that are in place with all provinces and territories. Excluded services are billed to the patient.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services are covered as follows. With prior authorization, coverage is provided for hospital service not available in Canada at the hospital's usual and customary rate. In other circumstances, with prior authorization, in-patient coverage is at the British Columbia equivalent rate. In addition, renal dialysis day care is available at the interprovincial/territorial Canadian rate. In all other cases, including emergency or sudden illness during temporary absences from the province, in-patient hospital care is paid up to \$75 Canadian per day for adults and children, and \$41 Canadian per day for newborns.

Out-of-country medical services are covered for emergency or sudden illness during temporary absences from the province. These are paid up to the same fee payable for that service had it been performed in British Columbia. Cases pre-authorized because of extenuating circumstances, however, are paid at the rate applicable where the service is rendered. In the case of medical services, payment for non-emergency services outside of the country may be made at British Columbia rates or, when the service is not available in the province, at usual and customary rates.

The attending physician must request prior consent from the Ministry. Consent may be given based on the merit of each request, even though the service is available in the province and/or Canada.

Elective services are provided only with prior authorization by both the Medical Services Plan of British Columbia and Acute Care/Provincial Programs Division, Regional Programs.

Permanent Moves Out-of-Province

Persons moving permanently to another part of Canada or to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. On interprovincial/

territorial moves, persons may be extended coverage, not to exceed three months, for a reasonable period of travel. This additional coverage is not available when a person moves out-of-country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services. On March 31, 1994, the hospitals and associated beds were: 94 acute/rehabilitation care hospitals (10,367 beds and 1032 bassinets); four rehabilitation hospitals (342 beds); and one federal hospital (12 beds) used by residents and for which the provincial Plan pays a per diem rate when the beds are used. The number of beds available totalled 11,753. As well, there were 18 Diagnostic and Treatment Centres and six Red Cross Outposts.

Patients admitted to acute/rehabilitation care during the fiscal year totalled 427,837, with total patient day services of 2,783,332.

The province also offers access to care services for extended care patients. In 1993-94, these care units and the associated beds were offered in 77 acute/rehabilitation hospitals (5,806 beds), and 21 hospitals specialized in extended care (2,687 beds). The number of beds available totalled 8,493.

Patients/residents admitted to these care units during the fiscal year totalled 8,979, with total patient day services of 2,880,488.

Payment to Hospitals

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments to the grant may be made during the fiscal year after an appropriate review.

The 1993-94 cost of hospital programs (operating contributions to hospitals) was estimated at \$2.8 billion. Payments to hospitals out-of-province, included in the foregoing amount, totalled \$44 million for insured services provided to British Columbia residents.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Plan to individual physicians in the province, based on billings that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system. Physicians who provide services submit claims electronically through the Teleplan Program. Ninety-eight percent of the claims are submitted electronically, while the remaining two percent are submitted on claim cards by low-volume physicians.

The Medical Services Commission is reviewing alternative models for funding services. Approximately 1,200 physicians are currently employed on a salaried, sessional or service contract basis. Three community clinics have successfully negotiated contracts for the adoption of a Rostered Group Practice model on a pilot basis. Other opportunities for alternative delivery and funding models are being explored.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission in collaboration with the British Columbia Medical Association. Other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules approved by the appropriate co-managed tripartite Commission Special Committees.

The agreement between the Medical Services Commission and the British Columbia Medical Association, signed in December 1993 and retroactive to the 1992-93 fiscal year, will be in place until the year 2000. Key elements include a five-year working agreement, limits to the growth of Medical

Services Plan billings, a total increase of 6.5 percent to cover physician overhead costs, a binding dispute resolution mechanism, a cost-shared retirement savings plan, a task force on physician supply and participation by the Association in co-managing the Commission. The agreement enables government, the Commission and the Association to save \$385 million over four years.

During 1993-94, payments to physicians and supplementary benefit practitioners in the province totalled an estimated \$1.541 billion. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately \$12.6 million, of which approximately \$9.6 million was for reciprocal payments to other provinces or territories.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Continuing Care Division of the Ministry of Health provides a comprehensive range of community-based supportive care services to assist people whose ability to function independently is affected by long-term, health-related problems or who have acute care needs that can be met at home. Services include: assessment; case management; in-home support services (homemaker, home nursing care, physiotherapy, occupational therapy and meals programs); residential care services (family care homes, group homes, personal and intermediate care homes, private hospitals, extended care units and special care units); and special support services (adult day care, respite care, and assessment and treatment centres). Services are delivered at the community level through 16 provincial health units and five municipal health departments.

Residential care services provide care and supervision in a protective, supportive environment for adults who can no longer be looked after in their own homes.

Home nursing care services provide professional nursing care to people of all ages in their own homes. These services are available on a non-emergency basis and include assessment and consultation, care co-ordination, and direct nursing care for clients requiring chronic, acute, palliative or rehabilitative services.

Adult day-care services offer an organized program of health, social and recreational activities to enhance and complement services provided either in the home or in a residential care setting.

Yukon

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the *Public Service Act*. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Yukon Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital charges include: accommodation and meals at the standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs, biologicals and appliances prescribed by a physician and administered in-hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

In-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Insured out-patient services include: laboratory, radiology and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations to assist in diagnosis and treatment of any injury, illness or disability; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations when administered in-hospital; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

Exclusions include: non-resident hospital stays (for example, medical boarding); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request (for example, television charges, private nursing when not medically necessary).

Medical Care Plan

Insured services are defined as medically required services rendered by a medical practitioner. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance (for example, surgical correction of prognathism or micrognathia).

Exclusions include: medico-legal services, including examinations and reports relating thereto, and testimony in court or provision of evidence in legal proceedings; detention time; insured services rendered by a medical practitioner to him/herself or to his/her dependants, except where the Director decides otherwise; issuing prescriptions; the dispensing by a medical practitioner of medicines, drugs or medical appliances; the fitting and supply of eyeglasses; routine dental care including dental x-rays; services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the Plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; medical reports or certificates; group immunizations; telephone advice; acupuncture; services provided by podiatrists, osteopaths, naturopaths, orthodontists, chiropractors and physiotherapists; long-distance telephone tolls incurred by physicians in the course of arranging referrals; dental surgery performed outside of a hospital; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Plan.

In addition to the insured benefits covered under the Yukon Health Care Insurance Plan and administered by the Yukon Department of Health and Social Services, supplementary benefits are

provided under Health Benefits Program legislation, including: Pharmacare; Extended Health Care Benefits for seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. There is also a Travel for Medical Treatment Program that covers elective as well as emergency health transportation both within Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. The Program also offers subsidies for meals and accommodation for patients travelling to centres where they received medical treatment. Audiology, psychology, speech therapy, and screening mammography services are part of community health services funded by the Department.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, are entitled to full coverage under the Plans. Services that are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the *Canada Health Act*.

The *Yukon Health Care Insurance Plan Act* does require registration of self and dependants upon establishing residence. Eligibility is not linked by statute or regulation to registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. An insured person is eligible for insured services after midnight on the last day of the second month following the month of arrival in the territory.

First-day coverage is provided for returning Canadians, landed immigrants, and persons discharged from the Canadian Armed Forces, the Royal Canadian Mounted Police and federal penitentiaries. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in Yukon on work permits for one year or more. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months, and prior notice is desirable. Residents must maintain a permanent residence and ordinarily be present in Yukon.

Payment Arrangements In-Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services and insured medical care and elective services are paid in accordance with reciprocal billing arrangements.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country hospital services up to the Yukon rate at the discretion of the Director of Health Care Insurance.

Out-of-country hospital services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

Out-of-country medical services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country physician services at the Yukon rate.

The Plan does not require prior consent for out-of-territory services.

Permanent Moves Out-of-Territory

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon operates with hospital bed over-capacity. The Whitehorse General Hospital currently operates at approximately 62 percent of capacity. The Watson Lake Cottage Hospital operates at less than 50 percent of capacity. Several other communities have visiting stations that can provide overnight care.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and a travel for medical treatment program.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan for review. Regular advances are made to hospitals for both in-patient and out-patient services following approval of a joint administrative Memorandum of Understanding reached in January 1986.

Payments to Yukon hospitals totalled \$18,465,811 in 1993-94. Total payments to hospitals out-of-territory equalled \$6,773,327 during the same period. There were 4,347 resident separations, 313 non-resident separations (discharges and transfers of adults, children and newborns), 14,506 resident days of care and 1077 non-resident days of care.

System of Payment for Medical Care

All Yukon physicians bill the Health Care Insurance Plan directly. Reciprocal billing of physician claims for services rendered to Canadian non-residents and Yukon residents receiving medical services in another province or territory was introduced April 1, 1988.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1993-94, payments to physicians in the territory totalled \$7,602,925. For physician services provided out-of-territory, the Plan paid \$1,453,161.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and extended care services are provided in designated beds in hospitals, the Thomson Centre, Macaulay Lodge and Alexander MacDonald Home for Seniors. Services include medical supervision and nursing, physiotherapy, recreation, and social programs.

The Health Services Branch of the Department of Health and Social Services is constructing a new 77-bed acute care facility in Whitehorse to replace the existing facility. The acute care wing is scheduled for completion in the fall of 1996, and the remainder in the spring of 1997.

Northwest Territories

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered by the Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories. Each hospital is required to submit annual statements that have been audited by a public accounting firm. The Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the *Territorial Hospital Insurance Services Act* to perform periodic examinations of the operations of each hospital.

The Medical Care Plan is administered entirely by the Northwest Territories Department of Health and Social Services. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations prescribed by a physician and administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; psychiatric and psychological services provided under an approved program; services rendered by persons who receive remuneration from the hospital; and services rendered by an approved detoxification centre.

Out-patient services include: laboratory tests, x-rays including interpretations, when requested by a physician and performed in an out-patient facility in an approved hospital; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; physiotherapy, occupational therapy and speech therapy services in an approved hospital; and psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Services that are considered by the territories or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery, preferred accommodation at the patient's request, drugs and biologicals dispensed after discharge from a hospital, telephones, televisions, private nursing services and ambulance charges (with the exception of inter-hospital transfer) are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for chronic and extended care. Medical and nursing care are insured services. Room and board is not an insured service. Patients must contribute to room and board based on Territorial Hospital Insurance Services (THIS) regulations.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically required procedures provided by medical practitioners including: approved diagnostic and therapeutic services; necessary surgical services; complete obstetrical care; eye examinations; and visits to specialists even when there is no referral by a family physician. Dental services required as a result of injury or disease of the jaw are limited to specific oral surgery procedures provided in an approved health facility.

The following services are not insured: medico-legal services; telephone advice or prescriptions given over the telephone; surgery for cosmetic purposes; medical reports or certificates; examinations on request of third parties; optometry services; acupuncture; group immunizations; *in vitro* fertilization; reversal of sterilization procedures; mileage charges; services provided by a medical practitioner to his/her own family; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related preparations; eyeglasses and

special appliances; plaster, surgical appliances or special bandages; treatments in the course of chiropractics, podiatry, naturopathy, osteopathy or any other practice ordinarily carried out by persons who are not medical practitioners; physiotherapy and psychology services received from other than an insured out-patient facility; services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or territorial legislation; and routine annual check-ups where there is no definable diagnosis. Where the patient has attained 65 years of age or is under the age of 10 and there is no definable diagnosis, benefits shall be paid for a routine check-up once in every two-year period.

In addition to the basic insured health services, the Northwest Territories also provides a Medical Travel Subsidy Program and an Extended Health Benefits Program to assist Métis and non-native residents with costs associated with investigation, treatment and maintenance, and for rehabilitation of long-term debilitating conditions. The benefits include drugs, medical supplies, appliances and prosthetics, and some travel benefits.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Northwest Territories Plans entitle all residents of the Northwest Territories, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, to be registered. Residence requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside this agreement. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period does not exceed three months, though the Plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First-day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries, and individuals discharged from the Canadian Armed Forces or the Royal Canadian Mounted Police. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in the Northwest Territories on work permits.

Individuals who are temporarily absent from the Northwest Territories are covered for up to 12 months, provided prior notice is given.

Payment Arrangements In-Canada

All hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province or territory. Patients are not required to receive prior approval. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Northwest Territories Health Care Plan covers insured hospital services provided out-of-country up to Northwest Territories rates, paid in Canadian funds to residents. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health and Social Services uses the rates set by an appropriate location within Canada.

The Plan covers insured medical services provided out-of-country up to Northwest Territories rates. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health and Social Services uses the rates set by an appropriate location within Canada.

In exceptional circumstances, the Plan will cover the full cost of out-of-country insured services when the Department of Health and Social Services has given prior approval for a specific request. Such approvals are limited to situations where there is a medical referral and the service is not available in Canada.

Permanent Moves Out of the Northwest Territories

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement. Coverage expires on the date of departure for residents leaving the Northwest Territories to establish permanent residence outside Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories. In 1993-94, there were six acute care hospitals in the Northwest Territories with a total of 259 beds and cribs, and 47 bassinets. In addition, Northwest Territories Health Centres provide 109 holding beds and 46 bassinets.

Payment to Hospitals

Northwest Territories hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial/territorial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to \$91 million in 1993-94. Payments to hospitals outside the Northwest Territories totalled \$19.4 million for insured services provided to Northwest Territories residents.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by health boards or hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis.

Reasonable Compensation

During the 1993-94 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association negotiated an agreement, subsequently signed into law, as regulations of the *Medical Care Act*. These regulations cover the period starting July 1, 1993, permitting an overall annual net increase of 1.8 percent.

During 1993-94, payments to physicians in the Northwest Territories totalled an estimated \$15.0 million. For physician services provided outside the Northwest Territories, the Plans paid approximately \$3.2 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home level care is supported by Territorial Hospital Insurance and provided in designated beds in facilities in Inuvik, Chesterfield Inlet, Iqaluit, Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Fort Simpson and Baffin Regional Hospital. Where appropriate services are not available in the Northwest Territories, clients are accommodated in facilities in southern Canada.

There are co-ordinated home care programs in Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake and Iqaluit.

Rémunération raisonnable

Au cours de l'année financière 1993-1994, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la *Northwest Territories Medical Association* ont conclu une entente qui a par la suite pris force de loi sous forme de règlements de la *Medical Care Act*. Ces règlements, qui visent la période débutant le 1^{er} juillet 1993, permettent une augmentation nette annuelle de 1,8 p. 100.

Au cours de 1993-1994, les paiements aux médecins dans les Territoires du Nord-Ouest sont estimés à 15 millions de dollars. Au total, près de 3,2 millions de dollars ont été versés pour les services rendus par les médecins hors des Territoires du Nord-Ouest.

Services complémentaires de santé

Les soins dans les centres d'accueil sont assurés dans le cadre de la *Territorial Hospital Insurance* et fournis dans certains lits désignés des établissements d'Inuvik, de Chesterfield Inlet, d'Iqaluit, de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, de Fort Simpson et de l'hôpital régional de Baftin. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont logés dans des établissements de soins dans le sud du Canada.

On offre aussi des programmes coordonnés de soins à domicile à Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake et Iqaluit.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les services hospitaliers et les services de soins médicaux sont couverts selon le taux déterminé par la province ou le territoire d'accueil. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. En ce qui a trait aux services hospitaliers, les patients ne sont pas facturés directement, tandis que dans le cadre des services de soins médicaux, ils peuvent être remboursés directement si nécessaire. Cependant, les prestations autorisées sont celles qui sont déterminées et approuvées par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le *Northwest Territories Health Care Plan* couvre, en dollars canadiens, les services hospitaliers assurés dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des taux en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada. Le régime couvre les services médicaux assurés qui sont dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada. Dans des circonstances exceptionnelles, le régime couvre intégralement les services assurés qui sont dispensés à l'étranger si le ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé au préalable une demande particulière. De telles approbations se limitent aux situations où le sujet a été orienté vers un traitement par un médecin et où le service n'est pas offert au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest

Les personnes qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. La couverture expire à la date de départ pour les résidents quittant les Territoires du Nord-Ouest pour s'établir de façon permanente à l'extérieur du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1993-1994, les Territoires du Nord-Ouest comprenaient six hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 259 lits et couchettes et 47 berceaux. En outre, il y a aussi 109 lits et 46 berceaux dans des centres de santé.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux-territoriaux sur la facturation. En 1993-1994, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 91 millions de dollars. Le total des versements aux hôpitaux à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour les services assurés dispensés aux résidents des Territoires du Nord-Ouest s'élevait à 19,4 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins peuvent être engagés par un hôpital ou un conseil de santé et être salariés, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte.

dentaires ne sont assurées que lorsqu'il s'agit d'interventions spécifiques de chirurgie buccale rendues nécessaires à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la mâchoire et pratiquées dans un établissement de santé approuvé.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique; les rapports ou certificats médicaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services d'optométrie; l'acupuncture; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; le rétablissement de la fécondité; les frais de déplacement; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plaques, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropractie, de podiatrie, de naturopathie, d'ostéopathie ou toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; et les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définitif. Dans le cas de patients de plus de 65 ans ou de moins de 10 ans, s'il n'y a pas de diagnostic définitif, une allocation-santé est prévue pour un examen général courant une fois par période de deux ans.

Outre les services de santé assurés de base, les Territoires du Nord-Ouest offrent un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales — le *Medical Travel Subsidy Program* — et un programme de prestations complémentaires de santé — le *Extended Health Benefits Program* — destinés à aider les résidents métis et non autochtones à payer les frais liés à la recherche, au traitement, à l'entretien et à la réadaptation dans le cas de certaines maladies débilitantes. Les prestations comprennent les médicaments, les fournitures médicales, les appareils et les prothèses, ainsi que certaines prestations de déplacement.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Au titre des régimes des territoires, tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont le droit d'être inscrits, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que les clauses contenues dans cette entente. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi sa résidence ou si elle n'y est que temporairement.

Les immigrants reçus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui ont obtenu leur libération ainsi que les personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada sont assurés dès le premier jour. En outre, une couverture est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de permis de travail. Les personnes qui s'absentent des Territoires du Nord-Ouest temporairement demeurent assurées pendant une période ne dépassant pas 12 mois, pourvu qu'il y ait un avis préalable.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation — le *Hospital Insurance Plan* — est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts-comptables. En vertu de la *Territorial Hospital Insurance Services Act*, le bureau du Vérificateur des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner périodiquement les activités de tous les hôpitaux.

Le régime de soins médicaux — le *Medical Care Plan* — est géré entièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres services diagnostiques avec les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont offerts; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; et les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire, les radiographies et les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés dans une installation de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Les services jugés expérimentaux par les territoires ou par le corps médical en général ne sont pas assurés. En outre, les services de chirurgie esthétique, l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, les médicaments et les produits biologiques fournis après le congé de l'hôpital, le téléphone, la télévision, les services de soins infirmiers privés et les frais ambulanciers (à l'exception de transferts entre les hôpitaux) ne sont pas assurés.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, la couverture est fournie pour les services aux malades chroniques et les services complémentaires. Les soins médicaux et infirmiers sont des services assurés. L'hébergement et la pension ne sont pas assurés. Les patients doivent contribuer à l'hébergement et à la pension d'après les règlements des services d'assurance-hospitalisation des territoires — les *Territorial Hospital Insurance Services*.

Régime de soins médicaux

Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux, notamment : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétricaux complets; les examens de la vue; et les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omni praticien. Les services

Services complémentaires de santé

Mode de paiement des soins médicaux

Tous les médecins du Yukon demandent directement le paiement de leurs honoraires au *Health Care Insurance Plan*. Depuis le 1^{er} avril 1988, il y a traitement réciproque des demandes de paiements des frais pour les services rendus par les médecins et fournis dans une province ou dans un autre territoire aux non-résidents canadiens et aux résidents du Yukon.

Rémunération raisonnable

Les taux sont négociés entre les médecins, qui sont rémunérés à l'acte (selon la durée de l'attente en vigueur), et des comités permanents qui représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire des redistributions, de préciser les pratiques, de résoudre les problèmes et de se prononcer sur les actes de facturation contestés.

Au cours de 1993-1994, le régime a versé 7 602 925 \$ aux médecins du territoire. Pour les services rendus par les médecins hors du territoire, le régime a versé 1 453 161 \$.

Certains lits d'hôpitaux, du *Thomson Centre*, du *Macaulay Lodge* et du *Alexander MacDonald Home for Seniors* sont réservés aux soins intermédiaires en centre d'accueil, aux soins aux adultes en établissement et aux soins de longue durée. Les services comprennent la surveillance médicale et les soins infirmiers, la physiothérapie ainsi que des programmes de loisirs et d'activités sociales.

La *Health Services Branch* du ministère de la Santé et des Services sociaux est à construire un établissement de soins actifs de 77 lits à Whitehorse pour remplacer l'établissement en place. On prévoit que l'aile de soins actifs pourra ouvrir ses portes à l'automne de 1996 et que les autres installations seront prêtes au printemps de 1997.

général, ces prolongations sont limitées à 12 mois et un avis préalable est désirable. Les résidents doivent maintenir une résidence permanente et ils doivent résider habituellement au Yukon.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au taux *per diem* de salle commune établi par l'autorité compétente. Les services de consultation externe et les services assurés pour les soins médicaux et facultatifs sont payés conformément aux accords de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le *Health Care Insurance Plan* du Yukon paie les services hospitaliers dispensés à l'étranger jusqu'au taux établi au Yukon, à la discrétion du Directeur du régime d'assurance-santé. Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu. Les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu. Le *Health Care Insurance Plan* du Yukon paie les services rendus par les médecins, et dispensés à l'étranger, au taux établi au Yukon.

Aucune approbation préalable n'est exigée dans le cas des services hors du territoire.

Déménagement permanent à l'extérieur du territoire

En cas de déménagement permanent, la couverture est généralement de trois mois. Cette couverture peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne s'installe pas directement ailleurs.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu du *Hospital Plan*. Il n'y a pas de pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande. Le *Whitehorse General Hospital* fonctionne actuellement à environ 62 p. 100 de sa capacité. Le pavillon hospitalier de Watson Lake fonctionne à moins de 50 p. 100 de sa capacité. En outre, plusieurs autres localités comptent des postes de soins infirmiers pouvant héberger des patients pour la nuit. L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme d'assurance-voyage pour traitements médicaux.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du *Health Care Insurance Plan*.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leurs budgets au *Hospital Insurance Services Plan* du Yukon, qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu, tant pour les services aux patients externes que pour les services aux malades hospitalisés, sont versés régulièrement aux hôpitaux, après l'approbation conjointe, en janvier 1986, d'un protocole d'entente sur les conditions administratives.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 18 465 811 \$ en 1993-1994. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 6 773 327 \$. Dans le territoire, il y a eu 4 347 congés pour les résidents et

radiographies dentaires; les services dispensés à la demande d'un tiers; les services fournis à des fins esthétiques, à moins d'avoir été expressément autorisés par le conseiller médical du régime; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; l'acupuncture; les services dispensés par des podiatres, des ostéopathes, des naturopathes, des orthodontistes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes; les coûts des appels téléphoniques interurbains engagés par le médecin lorsqu'il dirige ses malades vers d'autres services; la chirurgie dentaire dispensée à l'extérieur de l'hôpital; et les procédures de laboratoire et de radiographie dispensées dans des établissements qui ne sont pas approuvés par le régime.

Outre les prestations de santé assurées en vertu du *Health Care Insurance Plan* et administrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du territoire — le *Yukon Department of Health and Social Services* —, le Yukon prévoit des prestations complémentaires en vertu de la loi régissant le *Health Benefits Program*, notamment le programme de services pharmaceutiques — le *Pharmaceuticals and Extended Health Care Benefits* — aux personnes âgées; et le programme pour les personnes ayant une maladie chronique ou une incapacité — le *Chronic Disease and Disability Program*. Il existe également un programme pour le transport des patients ayant besoin de soins médicaux — le *Travel for Medical Treatment Program* — qui couvre à la fois le transport dans les cas médicaux urgents et non urgents tant à l'intérieur du Yukon que dans les centres de soins tertiaires en Alberta et en Colombie-Britannique. Le programme offre également une subvention pour payer les coûts des repas et du logement des patients qui doivent se déplacer pour se rendre dans un centre afin de recevoir des soins médicaux. Les services d'audiologie, de psychologie, d'orthophonie et de dépistage par mammographie font partie des services de santé communautaire financés par le Ministère.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu des deux régimes, tous les résidents du Yukon, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, sont pleinement assurés. Les services qui sont médicalement nécessaires sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les résidents de bonne foi du territoire. La définition du mot «résident» est celle utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé*.

La *Yukon Health Care Insurance Plan Act* exige que toute personne qui établit sa résidence dans le territoire s'inscrive et inscrive les personnes à sa charge au régime. L'admissibilité n'est pas liée à l'inscription en vertu d'une loi ou d'un règlement quelconque. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toutes les modalités et conditions de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. L'uniformité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Une personne assurée est admissible aux services assurés après minuit le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée.

La protection est accordée dès le premier jour aux Canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux militaires des Forces armées canadiennes et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada qui retournent à la vie civile, et aux personnes libérées des pénitenciers fédéraux. En outre, une couverture est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont au Yukon en vertu de permis de travail valables pour une période d'un an ou plus. Une protection pour une période prolongée peut être accordée sur demande dans certaines circonstances. En

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le *Hospital Insurance Services Plan* et le *Health Care Insurance Plan* du Yukon sont tous les deux gérés par des employés nommés conformément aux dispositions de la *Public Service Act*. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne du Yukon et du Bureau du Vérificateur général du Canada.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers internes assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire et de radiologie et les services diagnostiques; tous les médicaments, les produits biologiques et les appareils prescrits par un médecin et utilisés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital. Les soins dispensés dans les centres de traitement actif sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif, pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital, sont pleinement assurés aux taux approuvés en vigueur.

Les services assurés de consultation externe comprennent : les services de laboratoire et de radiologie et d'autres procédures diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires pour assister dans le diagnostic et le traitement de blessures, de maladies ou d'incapacités; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes quand ils sont administrés dans un hôpital; l'utilisation des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris les équipements et fournitures nécessaires; les fournitures de chirurgie courantes; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital.

Les exclusions comprennent : les hospitalisations des non-résidents (par exemple, pension à l'hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; et les services spéciaux demandés par le malade (par exemple, la télévision, les services d'une infirmière privée lorsqu'elle n'est pas médicalement nécessaire).

Régime de soins médicaux

Les services assurés se définissent comme étant des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les services dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital (par exemple, la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Les exclusions comprennent : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent et les témoignages en cour ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; la durée de la détention; les services assurés qu'un médecin dispense à lui-même ou à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire du Directeur; la rédaction d'ordonnances; la distribution par un médecin de médicaments, de médicaments ou d'appareils médicaux; l'ajustement et la distribution de lunettes; les soins dentaires courants, y compris les

Services complémentaires de santé

La *Continuing Care Division* du ministère de la Santé fournit une vaste gamme de services de traitement symptomatique à l'échelle communautaire afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins aigus pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : l'évaluation; la gestion de cas; les services de soutien à domicile (aides familiales, services infirmiers à domicile, physiothérapie, ergothérapie, programmes liés aux repas); les services *Residential Care* (foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et foyers de soins intermédiaires, hôpitaux privés et unités de soins de longue durée et de soins spéciaux); et les services *Special Support* (soins de jour pour adultes, services de répit et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire de 16 unités de santé provinciales et de cinq départements municipaux de la santé. Les soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un environnement protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont disponibles sur une base non urgente et comprennent l'évaluation et la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant besoin de services chroniques, aigus, palliatifs ou de services de réadaptation. Les services de soins de jour pour adultes offrent des programmes sociaux et des programmes de santé et de loisirs organisés qui permettent d'améliorer ou de compléter les services offerts à domicile ou dans un milieu de soins en établissement.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins au cours de l'année financière s'élevait à 8 979. Le nombre de services de jours-patients s'élevait à 2 880 488.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels réguliers du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Des ajustements peuvent être faits au cours de l'exercice après qu'une vérification pertinente a été effectuée.

Pour l'année 1993-1994, le coût des programmes hospitaliers (les subventions versées aux hôpitaux pour les frais d'exploitation) est estimé à 2,8 milliards de dollars. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, inclus dans le montant précédent, totalisaient 44 millions de dollars pour les services assurés fournis aux résidents de la Colombie-Britannique.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins de la province par le régime de soins médicaux d'après les demandes de facturation soumises par ceux-ci. Le patient n'intervient généralement pas dans le processus de paiement. Les demandes d'indemnités des médecins, pour leurs services, se font électroniquement par l'entremise du *Teleplan Program*. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités sont soumises électroniquement et le restant, soit 2 p. 100, est soumis à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre.

La *Medical Services Commission* étudie d'autres formules de financement des services. Environ 1 200 médecins sont salariés, d'autres sont rémunérés à la vacation et d'autres sont à contrat. Trois cliniques communautaires ont réussi à négocier des contrats pour l'adoption d'un modèle d'autorisation d'exercice collectif de la médecine, le *Rostered Group Practice*, dans le cadre d'un projet pilote. On étudie également d'autres possibilités de prestation des services et de financement.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la *Medical Services Commission*, en collaboration avec la *British Columbia Medical Association*. Les autres professionnels des soins de santé qui dispensent des services assurés ont leurs propres barèmes d'honoraires approuvés par les comités tripartites spéciaux compétents et coadministrés.

L'accord entre la *Medical Services Commission* et la *British Columbia Medical Association*, signé en décembre 1993 et s'appliquant rétroactivement à l'exercice financier 1992-1993, sera en vigueur jusqu'à l'an 2000. Il comprend, entre autres éléments clés, une entente de travail de cinq ans, un plafond aux augmentations des facturations de la *Medical Services Commission*, une augmentation totale de 6,5 p. 100 permettant de couvrir les frais d'administration générale des médecins, un mécanisme exécutif de résolution des conflits, un régime d'épargne-retraite à frais partagés, un groupe de travail sur l'approvisionnement en médecins, et la participation de la *British Columbia Medical Association* à la gestion de la *Medical Services Commission*. L'accord permettra au gouvernement, à la *Medical Services Commission* et à la *British Columbia Medical Association* d'épargner 385 millions de dollars en quatre ans.

Au cours de l'année 1993-1994, la Colombie-Britannique a versé près de 1,541 milliard de dollars aux médecins de la province et aux praticiens fournissant des prestations complémentaires dans la province. Pour les services des médecins fournis à l'extérieur de la province, le régime a payé environ 12,6 millions de dollars. Environ 9,6 millions de ces 15 millions de dollars représentaient les paiements aux autres provinces ou aux territoires en vertu de l'entente de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts de la façon suivante. Lorsque des soins sont préautorisés, et qu'ils ne peuvent être obtenus dans des services hospitaliers canadiens, les frais de ces soins seront couverts au taux habituel des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, des soins prodigués à un patient hospitalisé, s'ils sont préautorisés, sont couverts à un taux équivalent à celui de la Colombie-Britannique. De plus, les services de jour de dialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien de la facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Dans tous les autres cas, y compris les situations d'urgence ou les maladies soudaines pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants, et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les résidents admissibles temporairement absents de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'au même taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances atténuantes. Ils sont alors payés au taux en vigueur de l'endroit où le service est offert. Le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux de la Colombie-Britannique ou aux taux courants et habituels lorsque le service n'est pas disponible dans la province.

Le médecin traitant doit demander l'approbation préalable. Chacun des dossiers est évalué selon son mérite, même si le service est disponible dans la province ou ailleurs au Canada. Les services facultatifs ne sont fournis qu'avec l'approbation préalable du *Medical Services Plan of British Columbia* et des *Acute Care/Provincial Programs Division, Regional Programs*.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province de façon permanente pour établir leur résidence ailleurs au Canada ou dans un autre pays ont droit à la couverture jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ. Pour les déménagements interprovinciaux et interterritoriaux, les personnes peuvent se faire accorder une couverture supplémentaire, ne dépassant pas trois mois, pour des déplacements d'une durée raisonnable. Cette couverture supplémentaire n'est pas disponible quand la personne déménage hors du pays.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et de soins médicaux. Au 31 mars 1994, les hôpitaux et les lits associés étaient les suivants : 94 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de réadaptation (10 367 lits et 1 032 berceaux); quatre hôpitaux de réadaptation (342 lits); et un hôpital fédéral (12 lits) utilisés par des résidents et pour lequel la province acquitte un taux quotidien quand les lits sont utilisés. Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 11 753. En outre, on comptait 18 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge.

Le nombre de patients admis pour recevoir des soins aigus et des soins de réadaptation au cours de l'année financière s'élevait à 427 837 et le nombre de services de jours-patients à 2 783 332. La province offre également accès aux services de soins pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1993-1994, ces unités de soins et les lits associés étaient offerts dans 77 hôpitaux prodiguant des soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et des soins de réadaptation (5 806 lits) et 21 hôpitaux spécialisés en soins prolongés (2 687 lits). Le nombre total de lits disponibles se chiffrait à 8 493.

mois dans le cas des personnes qui étaient antérieurement inscrites au régime mais dont les primes sont en souffrance, si les primes exigibles sont acquittées.

La couverture est uniforme pour tous les résidents; toutefois, les personnes à faible revenu sont admissibles à la subvention des primes comme nous l'avons mentionné ci-dessus et le gouvernement verse, de la part de ces personnes, les frais liés aux visites des patients pour des prestations complémentaires.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois dans lequel l'individu devient un résident.

Les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées canadiennes sont protégés des le premier jour de leur libération, de même que les détenus des pénitenciers fédéraux. Toutefois, s'ils sont libérés en dehors de la Colombie-Britannique, ils doivent attendre que s'écoule la période prescrite. La couverture est fournie aux immigrants reçus dès le dernier jour du deuxième mois suivant le mois d'arrivée dans la province. En sus, une couverture est disponible (suivant la période d'attente) pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province et détiennent un permis de travail.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire sont couvertes pendant une période maximale de 12 mois, à condition que les primes requises soient payées. Les résidents peuvent prendre jusqu'à six mois de vacances annuelles pourvu qu'ils demeurent dans la province pendant six mois.

Les personnes qui maintiennent une deuxième résidence à l'extérieur de la province doivent être physiquement présentes en Colombie-Britannique au moins six mois par année afin de conserver leur couverture.

Les personnes qui étudient hors du Canada ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCO ou l'ACDI peuvent être admissibles à la couverture pendant des périodes maximales de cinq ans et de deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Il n'y aura pas d'interruption de la couverture, sous réserve du paiement des primes, pour les personnes qui reviennent dans la province avant l'expiration de la couverture. Passé ce délai, les intéressés doivent attendre les trois mois requis.

Paiement des services dispensés au Canada

En vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du *Medical Services Plan*, la *CareCard*. Ensuite la Colombie-Britannique rembourse la province ou le territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire où les services ont été rendus.

Les frais pour les soins donnés à des patients hospitalisés sont payés au tarif standard effectivement exigé par les services hospitaliers. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus, se fait par les mécanismes de facturation réciproque qui sont en place entre toutes les provinces et les territoires. Les services exclus doivent être payés par le patient.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux nécessaires fournis par les médecins ainsi que les services de chirurgie dentaire lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste. Les grandes catégories de services assurés comprennent : les consultations, les examens complets, les visites à domicile, la chirurgie mineure et majeure, les services obstétricaux, l'assistance chirurgicale, l'anesthésie, les procédures diagnostiques et thérapeutiques, les services spéciaux et divers, autres procédures fournies au cabinet, et autres procédures hospitalières fournies par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale, la fourniture de prothèses non implantées, les orthèses, les médicaments de marque déposée ou brevetés, toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers, la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste, l'acupuncture, les immunisations de groupe, les conseils donnés par téléphone, le rétablissement de la fécondité, la fécondation *in vitro*, les services médico-légaux, les services dispensés à des fins tabagisme.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également des services de dépistage et de mammographie, des appareils auditifs à prix concurrentiels, la chirurgie buccale et des traitements d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans et moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou présentent des malformations congénitales du visage; et, avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, d'orthopticiens, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podologues.

Pharmicare, le programme de services pharmaceutiques, rembourse en tout ou en partie les frais suivants : médicaments prescrits désignés, fournitures pour stomistes et mastectomisés; appareils prothétiques et orthétiques pour les enfants de 19 ans et moins; aiguilles et seringues pour les diabétiques insulino-dépendants; bandelettes pour la mesure de la glycémie pour les diabétiques détenteurs d'un certificat de formation — *Certificate of Training* — d'un centre de formation reconnu. Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de la Commission des services de santé d'urgence, la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents qualifiés, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux.

Il n'y a pas de primes pour le régime d'assurance-hospitalisation, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés prodigués aux patients de plus de 19 ans. Ces frais, qui représentent le coût du lit et des repas, sont établis une fois par année. Ces frais quotidiens étaient de 34 \$ à la fin de l'année. Les résidents dont les ressources sont limitées sont admissibles à une aide. Celle-ci est graduée en cinq niveaux, allant de 20 à 100 p. 100 de la différence entre le taux en vigueur, soit 34 \$, et 23,50 \$, c'est-à-dire 85 p. 100 de la prestation de la sécurité de la vieillesse et du supplément de revenu garanti. Certaines dispositions prévoient qu'en certaines circonstances, une portion des frais de 23,50 \$ peut être supprimée.

Il n'est pas obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions pour être admissible à la couverture. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction (il existe cinq niveaux) allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée. En outre, il peut être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Plan*, est géré sans but lucratif par la *Acute Care/Provincial Programs Division*, le ministère de la Santé. La Division est responsable de la gestion du régime devant le gouvernement provincial.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le *Medical Services Plan*, est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, organisme public créé en vertu de la loi.

La Commission rend compte de la gestion du régime au gouvernement provincial.

Les comptes de la *Acute Care/Provincial Programs Division* et de la *Medical Services Commission*, ainsi que leurs opérations financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux aux patients hospitalisés :

- l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique
- laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires
- les médicaments approuvés en clinique, les produits biologiques et les fournitures médicales lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général spécifié dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, la ou elles sont disponibles; et d'autres services approuvés par le Ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital. Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salle d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins de jour de chirurgie, y compris l'application et l'enlèvement des plaques.

Les prestations de consultation externe comprennent :

- les traitements de dialyse rénale en consultation externe dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les services de soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les services de conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux avec des diététicien(ne)s qualifié(s); les services psychiatriques pour patients externes et les services de soins de jour; les services de soins de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes; et la thérapie pour le cancer et les services de cytologie.

Les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme de services pharmaceutiques, le *Pharmicare Program*. D'autres procédures sont exclues en vertu de la *Hospital Insurance Act* : les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence; les services fournis par le personnel médical non employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; le transport à l'hôpital et de l'hôpital; la fécondation *in vitro*; la chirurgie plastique pour des raisons purement esthétiques; et le rétablissement de la fécondité. Les services hospitaliers non assurés comprennent également : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; et les services infirmiers privés.

Le *Home Care Program* fournit toute une gamme de services par l'intermédiaire de 27 unités de santé dans l'ensemble de l'Alberta, en vue d'aider les personnes de tous les âges à continuer à vivre chez elles en dépit de graves problèmes de santé ou d'une invalidité. Toutes les unités de santé de soins à domicile s'occupent de l'évaluation, de la coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien (soins personnels et aide à domicile). D'autres services qui peuvent être fournis comprennent l'ergothérapie, la physiothérapie, l'oxygénothérapie, l'orthophonie, des services sociaux et des services nutritionnels.

L'admission au système de soins prolongés, qui inclut les soins à domicile, les établissements de soins prolongés et les programmes de jour pour adultes, est fonction d'une évaluation fonctionnelle des besoins de la personne effectuée à l'aide de l'*Alberta Assessment and Placement Instrument*. La procédure du point d'entrée unique (*Single Point of Entry*) a été élaborée de façon à ce qu'il n'y ait qu'un seul point d'accès pour les personnes qui cherchent des soins prolongés basés en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins basés en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille, et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

Le ministre de la Santé de l'Alberta administre également l'*Alberta Aids to Daily Living Program*, qui a pour but de favoriser l'autonomie des clients atteints de maladie chronique ou en phase terminale ou d'une invalidité, qui habitent toujours chez eux, en leur fournissant du matériel et des appareils médicaux approuvés par le programme. Des professionnels des soins de santé des unités de santé, des hôpitaux et des établissements de soins prolongés procèdent à une évaluation des clients pour déterminer leur admissibilité.

Les services de santé mentale sont fournis non seulement par la *Mental Health Division* à travers des cliniques communautaires et à travers des centres de soins, mais aussi à travers des agences communautaires à but non lucratif financées par le gouvernement. Les services fournis par l'entremise des cliniques comprennent l'évaluation des clients individuels et les traitements dispensés à ces mêmes personnes, ainsi que les services de consultation dispensés aux médecins, établissements de santé, unités de santé, écoles et agences communautaires. Deux centres de soins résidentiels fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave. Plus de 70 agences sont financées afin de fournir une gamme de programmes, comprenant des programmes résidentiels tels que les unités d'évaluation, l'assistance à l'intention des personnes logées en appartements, et les foyers de groupe; et des programmes non résidentiels tels que les haltes-accueil, les services de conseil et les programmes de prévention du suicide. Les services de santé mentale pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë sont fournis par l'entremise d'un réseau de deux hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie mentale et de programmes spécialisés fournis dans 16 hôpitaux situés à travers la province.

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé de toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse. Pour assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés principalement au moyen de budgets globaux. Les budgets globaux sont ajustés d'après le fonctionnement relatif.

En 1993-1994, le total des dépenses (les dépenses de fonctionnement et d'immobilisations) pour les hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë de la province s'élevait à 1,872 milliard de dollars, et 474 millions de dollars pour les établissements de soins prolongés. Les dépenses liées aux services hospitaliers fournis à l'extérieur de l'Alberta atteignaient 24,5 millions de dollars pour la même période.

Mode de paiement des soins médicaux

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Les omnipraticiens peuvent facturer le régime ou le patient. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1^{er} octobre 1986.

Rémunération raisonnable

En 1986, le ministère de la Santé de l'Alberta et l'*Alberta Medical Association* ont conclu une entente qui prévoyait la négociation des honoraires et si nécessaire le recours à l'arbitrage dans les cas de litiges concernant les honoraires. En 1991, on a élargi cet accord pour y inclure un plafond négocié pour l'ensemble du budget des soins médicaux. Les deux accords ont été ratifiés par un vote majoritaire des membres de l'*Alberta Medical Association*.

En 1993-1994, les sommes à payer à titre de rémunération à l'acte aux médecins de l'Alberta pour les services médicaux ont été de 884 208 792 \$, tandis que le montant versé pour les services médicaux offerts aux résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province s'élevait à environ 15 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les établissements de soins prolongés de l'Alberta offrent l'hébergement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, des soins personnels avec une supervision infirmière aux services médicaux qualifiés thérapeutiques. Les établissements de soins prolongés comprennent aussi les hôpitaux auxiliaires et les centres d'accueil. Dans la plupart des cas, on les appelle des établissements de soins prolongés et ils satisfont les résidents ayant des besoins semblables en matière de soins. On intègre progressivement tous ces établissements à un système unique, par l'entremise de changements aux réglementations. Tous les établissements de soins prolongés reçoivent des fonds pour les soins infirmiers et les soins chroniques en fonction de l'*Alberta Resident Classification System* et du *Case Mix Funding System*. La méthode de financement du *case-mix index (CMI)* se fonde sur le principe suivant lequel le financement des soins infirmiers dans les établissements de soins prolongés doit varier selon les besoins des résidents en matière de soins. Comme tenu du *case-mix index* de chaque établissement, un niveau requis d'heures infirmières rémunérées est établi et le financement lui est accordé pour les soins infirmiers. Le financement gouvernemental est également octroyé pour les coûts liés à l'administration des établissements, les services thérapeutiques (la physiothérapie, l'ergothérapie et la thérapie par les loisirs), les services de soutien (tels que l'entretien ménager et la lessive), les services diététiques, les services de pharmacie, les services de planification et ainsi de suite.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par des hôpitaux généraux de traitement actif (qui dispensent des services courants comme l'unité des soins intensifs ou la salle d'urgence) ou des hôpitaux auxiliaires (qui dispensent des soins aigus courants à des malades chroniques ou à des malades nécessitant des soins prolongés). Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger. Le maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger est de 100 \$ par jour. Le coût maximum par visite pour les patients externes est de 50 \$.

Les prestations pour les services à l'étranger fournis par les praticiens sont payables selon les taux facturés ou les taux payables pour les mêmes services ou pour des services semblables en Alberta, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

L'approbation préalable est nécessaire pour les services de soins de santé non urgents fournis à l'étranger pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les troubles alimentaires et des troubles semblables d'accoutumance ou de comportement.

Le remboursement complet des traitements à l'étranger du pays peut être possible dans le cadre des deux programmes suivants :

- le *Out-of-Province Supplementary Assistance Program* qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas offerts au Canada; et
- le *Emergency Financial Assistance Program*, qui peut s'appliquer aux frais pour les traitements contre lesquels le patient ne pouvait pas se prémunir.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Alberta pour s'établir de façon permanente dans une autre province ou dans un territoire du Canada continue d'être assuré à partir du jour où il cesse de résider en Alberta jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province ou le territoire choisi, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre dans des circonstances particulières. Un résident de l'Alberta qui élit domicile, de façon permanente, à l'extérieur du Canada a le droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministre en soit avisé, pendant une période de un, deux ou trois mois après son départ de l'Alberta, selon la décision du Ministre, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre en raison de circonstances particulières.

Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger ne peut continuer à bénéficier de la protection du régime tant qu'il n'a pas acquitté toutes les primes en souffrance de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, l'Alberta comptait 124 hôpitaux publics pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et 136 établissements de soins prolongés dans toute la province, en 1993-1994. Les hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë ont une capacité théorique de 12 842 lits et la province compte également 13 644 lits pour soins prolongés. Les efforts actuels de restructuration dans le domaine de la santé entraînent des diminutions à ce chapitre, puisqu'ils favorisent l'accroissement des services de soins communautaires. L'Alberta compte actuellement environ 3,5 lits pour personnes souffrant de maladie aiguë pour 1 000 habitants. La proportion visée à l'échelle provinciale est de 2,4 lits pour 1 000 habitants d'ici la fin de 1996-1997. Depuis août 1993, les frais quotidiens pour hébergement, pour les résidents des établissements de soins prolongés, sont de 21,40 \$ (standard), 22,95 \$ (chambre semi-privée) et 26,75 \$ (chambre privée). Ce taux quotidien est compatible avec les exclusions énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*.

fait d'être inscrit permet au résident d'être admissible aux services hospitaliers et aux services de santé assurés.

Bien que le système en vigueur en Alberta prévienne le versement de primes, aucun résident de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité à payer les primes.

L'admissibilité aux prestations n'est pas liée au versement des primes. Le régime d'assurance-santé de la province applique un programme de subvention et d'exonération totale des primes à l'intention des résidents qui éprouvent des difficultés financières, de même qu'une exonération totale des primes à l'intention des personnes âgées et de leurs conjoints; des veuves et veufs âgés de 55 à 64 ans

admissibles en vertu de la *Widows Pension Act*; des bénéficiaires de certains programmes d'allocations sociales, programmes correctionnels ou programmes de santé mentale; et des personnes à charge des bénéficiaires de cette couverture sans primes.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible aux prestations en vertu du régime d'assurance-hospitalisation de la province ne dépasse pas trois mois.

La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays, les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées canadiennes, les détenus libérés d'un pénitencier fédéral et certaines personnes désignées provenant de l'extérieur du Canada, qui se sont établies en Alberta.

Un résident temporairement absent de la province en raison de vacances, d'une visite ou d'un voyage d'affaires est admissible aux prestations pourvu que son absence ne dépasse pas une période de 12 mois consécutifs. Un résident en congé d'études est admissible aux prestations pendant toute la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs. Un résident employé par un organisme religieux de charité enregistré, tel un missionnaire, est admissible aux prestations pendant la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 48 mois consécutifs.

Pour les étudiants inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé, la couverture est maintenue pendant cette absence temporaire.

Un résident doit habiter en Alberta pendant la majeure partie de chaque année afin de demeurer admissible aux prestations. Les primes doivent continuer à être payées pendant une absence temporaire (les exceptions sont les mêmes que pour la couverture dans la province).

Quelle que soit la raison de leur absence temporaire, les résidents sont tenus d'aviser le régime d'assurance-santé de la province aussitôt qu'il apparaît que le traitement, qui fait suite à un accident ou à une maladie, risque de dépasser trois mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire où ils sont fournis, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire visé.

Le paiement des services médicaux dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué aux taux de la province ou du territoire d'accueil, à l'exception du Québec. Dans le cas du Québec, les paiements sont effectués en vertu des taux en vigueur en Alberta pour les services médicaux fournis dans cette province aux résidents de l'Alberta.

leur 75^e anniversaire et au besoin par la suite), à des fins d'emplois, pour les écoles, les camps d'été, les assurances et à d'autres fins semblables; les services auxquels un résident est admissible en vertu d'une loi d'une autre province ou d'un territoire, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous les services qui sont jugés comme étant «non médicalement nécessaires» par un médecin, ou classés expérimentaux; les médicaments, les plaques et les pansements spéciaux; le coût du transport des patients ou des médecins; les frais encourus par un médecin en raison de la distance et du temps de déplacement; les services de laboratoire et de radiographie dans un établissement qui n'est pas approuvé par le Ministère; les traitements contre l'abus de substances ou les troubles alimentaires, ou tout traitement semblable portant sur le comportement et lié à une dépendance dispensé à l'extérieur du Canada sans l'approbation préalable du Ministère; les soins dentaires courants, les dentiers, les lunettes, les prothèses auditives et les fournitures médicales et chirurgicales; et les services rendus par un psychologue clinicien.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-santé provincial prévoit certaines prestations pour des services complémentaires en vertu du *Basic Health Services Program*, entre autres pour les services de chiropractie, de physiothérapie, d'optométrie et de podologie. Le régime prévoit également l'hospitalisation des résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province et les prestations complémentaires de santé ainsi que les prestations offertes par la Croix Bleue pour ses membres individuels aux résidents admissibles.

Tous les résidents inscrits, de façon optionnelle, ont droit au régime pour membres individuels de la Croix Bleue, à condition que les primes requises soient payées. Ce régime prévoit des prestations complémentaires pour les médicaments de prescription approuvés, les soins dentaires par suite d'un accident, le transport par ambulance, les services d'un psychologue clinicien agréé, les soins infirmiers à domicile, les fournitures et les soins à l'hôpital.

Le *Extended Benefits Program* prévoit des prestations supplémentaires pour les lunettes et pour les fournitures et soins dentaires fournis aux résidents de 65 ans et plus, à leurs conjoints, aux personnes à leur charge, ainsi qu'aux veufs et aux veuves admissibles de 55 à 64 ans et aux personnes à leur charge. Les personnes admissibles à ce programme de prestations complémentaires ont droit à la couverture de base et à la couverture de la Croix Bleue, sans devoir verser de primes.

Le programme d'aide pour les actes ordinaires de la vie, le *Alberta Aids to Daily Living Program*, avec la coopération des organismes chargés de l'autorisation et des vendeurs, a pour but d'aider les personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques et les personnes en phase terminale à obtenir certaines fournitures et certains équipements médicaux de base qui leur permettront d'accroître leur autonomie à la maison ou dans un milieu qui leur est familier. Voici quelques exemples de fournitures et d'équipements offerts dans le cadre de ce programme : fournitures médicales et chirurgicales; services d'oxygénothérapie; aides de marche; prothèses auditives; fauteuils roulants et accessoires.

Le *Emergency Air Ambulance Program*, programme de transport aérien d'urgence par ambulance, couvre les coûts pour le transport d'urgence par ambulance aérienne d'urgence des résidents partout en Alberta ou hors de la province, afin qu'ils puissent recevoir le niveau de service requis, quand celui-ci est prescrit par un médecin.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents de l'Alberta, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation à condition d'être inscrits auprès du Ministère. Toutefois, si le Ministère découvre un résident non inscrit, il peut l'inscrire ainsi que les personnes à sa charge. Le

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospitalization Benefits Plan*, et le régime d'assurance-santé, le *Health Care Insurance Plan*, sont gérés sans but lucratif. Le ministre de la Santé est responsable des deux régimes et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, là où elles sont disponibles; l'usage des installations pour les services de radiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'oxygénothérapie, de thérapie psychiatrique et de physiothérapie dispensées aux malades hospitalisés et externes, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et médicales; les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, les plaques en acier, les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministre; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou au moyen de tout autre véhicule commercial, des malades hospitalisés en Alberta; les fournitures et services utilisés pour la consultation externe, y compris les fournitures servant au traitement médical; et certains médicaments désignés, distribués par des cliniques situées à Edmonton et à Calgary aux personnes atteintes de cancer, de fibrose kystique, du VIH, du sida ou d'un défaut de croissance hormonale, ou encore à des personnes ayant besoin d'une transplantation d'organe.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision et le téléphone; les médicaments, les appareils et les produits biologiques emportés au domicile; les services infirmiers privés; le transport des patients externes entre hôpitaux; les membres artificiels et autres appareils prothétiques externes; et les examens à la demande d'un tiers.

Le ministre de la Santé administre le *Cleft Palate/Lip Program*, programme de fissure palatine ou labiale, et subventionne le *Early Detection of Breast Cancer Program*, le programme de dépistage précoce du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés en vertu du régime d'assurance-santé comprennent tous les services qui sont dispensés par des médecins et prévus par les règlements — les *Medical Benefits Regulations* — et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste dans les cas prévus par les règlements.

Les services non assurés en vertu du régime comprennent : les services médico-légaux; les rapports ou certificats médicaux; les consultations téléphoniques; les examens reçus par un tiers afin d'obtenir un permis de conduire (à l'exception de ceux exigés par la loi pour les personnes âgées avant

Services complémentaires de santé

Au cours de 1993-1994, 237 millions de dollars ont été versés aux médecins exerçant dans la province. La *Medical Care Insurance Branch* a déboursé près de 9,8 millions de dollars pour les services médicaux dispensés à l'extérieur de la province.

La *Distric Support Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan finance toute une gamme de programmes de soins et de services d'aide à domicile, en plus d'accorder des subventions de fonctionnement aux foyers de soins spéciaux.

Le *Home Care Program* fournit des évaluations et la coordination des soins, des repas, des soins infirmiers, des services d'aides familiales et d'entretien ménager, ainsi qu'une gamme de services de bénévoles. Les programmes d'aide communautaire comprennent des programmes de jour pour adultes et des programmes de services de répit.

Les foyers de soins spéciaux fournissent des soins aux adultes qui ne requièrent pas de soins aigus, mais qui ont besoin de plus de soins ou de surveillance qu'ils n'en ont dans leur foyer. Des foyers de soins personnels (privés) pour personnes âgées fournissent également des soins en établissement. La *Personal Care Homes Act*, en vue de l'agrement et de la surveillance de ces établissements, a été votée en août 1989, et promulguée le 1^{er} octobre 1991.

La *Distric Support Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan administre et finance des programmes de santé communautaire, de santé mentale et de toxicomanie dans des cadres institutionnels, domiciliaires et communautaires. Le ministère administre d'autres programmes tels que

le *Community Therapy Program*, le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program* et le *Chirpody Program*.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province
Les résidents qui élisent domicile, de façon permanente, à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux

services hospitaliers et aux soins médicaux.

Au 31 mars 1994, la province comptait 82 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant d'affections aiguës, pour un total de 6 492 lits. Au cours de l'exercice 1993-1994, 49 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë ont arrêté de fournir des soins actifs aux personnes hospitalisées. Tous les hôpitaux continuent d'offrir des services de consultations externes d'urgence; 21 établissements fournissent des soins spéciaux en résidence. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucuns frais modérateurs. La province compte 1 152 médecins en activité. Depuis le mois d'août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite. En vertu d'un nouveau système de paiement de paiement de participation introduit en 1992, les chiropraticiens peuvent maintenant facturer la plupart de leurs patients un montant supplémentaire au-delà du montant versé par le régime.

Paiements aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque hôpital au cours de l'année financière. Au cours des 12 mois se terminant le 31 mars 1994, un montant total de 561,4 millions de dollars a été versé aux hôpitaux de la province pour les services hospitaliers et 68,5 millions de dollars pour les services de consultation externe. En raison des ententes réciproques, les hôpitaux de la Saskatchewan ont reçu 1,6 million de dollars pour les services hospitaliers et 8,3 millions de dollars pour les services de consultation externe dispensés à des résidents d'autres provinces ou territoires. En 1993-1994, la Saskatchewan a versé un montant de 32,5 millions de dollars pour les services de santé assurés fournis dans des hôpitaux et dispensés à ses résidents à l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème des honoraires et aux règlements d'évaluation de la *Medical Care Insurance Branch*.

Rémunération raisonnable

Les dispositions législatives adoptées prévoient, notamment, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces mesures, un comité de révision de la rémunération des médecins est mis en place, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé et la *Saskatchewan Medical Association*. Ce comité doit essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être disponible pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'ils sont établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives prévoient une commission d'enquête sur la rémunération des médecins, la *Medical Compensation Review Board*, qui sert de groupe d'arbitrage advenant l'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente.

Sont admissibles aux services de santé assurés, sans délai de résidence : les membres libérés

des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale; les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la loi de l'assistance de la Saskatchewan *Saskatchewan Assistance Act*.

En sus, une couverture immédiate est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province et détiennent un permis de travail.

Tout résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire sous réserve des conditions suivantes : il est physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins six mois chaque année; il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et a l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; il occupe un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et a l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; et il est ordinairement physiquement présent en Saskatchewan mais en est temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des raisons de vacances, de visite, d'affaires ou d'emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le régime d'assurance-hospitalisation prévoit le paiement des services hospitaliers assurés au taux de la province ou du territoire d'accueil. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer le régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés à la Direction générale.

La Direction générale des soins médicaux rembourse, en vertu de l'entente de facturation réciproque, le coût des services médicaux assurés offerts dans les autres provinces et dans les territoires, à l'exception du Québec. Les médecins de l'extérieur de la province s'adressent directement au régime de leur province en ce qui concerne la facturation des services offerts aux résidents de la Saskatchewan. Les factures sont envoyées de façon périodique à la *Medical Care Insurance Branch* de la Saskatchewan afin d'être acquittées.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services internes urgents assurés fournis dans les hôpitaux approuvés sont payés jusqu'à un taux maximal de 100 \$ CAN par jour.

Les services externes urgents fournis dans les hôpitaux approuvés à l'extérieur du Canada sont payés jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par visite.

Les services médicaux urgents assurés à l'intérieur de la province, mais fournis à l'extérieur du Canada, sont habituellement payés en dollars canadiens aux taux approuvés en Saskatchewan. Les services hospitaliers et médicaux facultatifs sont assurés seulement si l'approbation préalable écrite a été obtenue du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

On n'est pas tenu d'obtenir l'approbation préalable pour la couverture des services médicaux d'urgence aux taux de la Saskatchewan. Toutefois, quand un médecin spécialiste obtient l'autorisation de la *Medical Care Insurance Branch* avant que le sujet ne soit traité à l'étranger pour un service qui n'est pas offert en Saskatchewan ni ailleurs au Canada, les médecins peuvent être payés à un taux raisonnable (y compris le taux de change) facturé à l'endroit du service obtenu.

Les personnes qui reçoivent des traitements, des procédures ou des médicaments anticancéreux à l'extérieur du Canada doivent obtenir l'approbation préalable.

canadienne de la Croix-Rouge; les cliniques communautaires; les installations de physiothérapie; le *College of Medicine* à l'Université de Saskatchewan; et autres organisations de santé.

Les médicaments d'ordonnance reçus hors de l'hôpital sont admissibles au titre du programme de prestations à frais partagés de la *Saskatchewan Prescription Drug Services Branch*.

Les prestations complémentaires comprennent les frais imputés aux patients pour le transport médical d'urgence (les services d'ambulances terrestres et les services gouvernementaux d'ambulances aériennes).

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Les services non assurés dans le cadre du *Medical Care Insurance Plan* comprennent : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais de déplacement; les conseils donnés par téléphone; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les lunettes; les vaccinations de groupe; les services qu'un médecin se dispense à lui-même ou aux personnes dont il a la charge; l'acupuncture; la fécondation *in vitro*; et les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'emploi, d'assurance, de poursuites judiciaires, etc.

En plus des services de santé de base assurés, la province offre également, avec des restrictions, un régime d'assurance-médicaments; un programme d'éducation en matière de soins dentaires pour les enfants; un régime de prothèses auditives; un régime qui prévoit le prêt de matériel et d'appareils médicaux aux personnes handicapées, le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Plan*; une couverture limitée des services fournis par les chiropraticiens et les optométristes; et la couverture des services fournis par les podologues.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi et des règlements de l'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan, les *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, tous les assurés ont droit aux services couverts par les régimes. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidents par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est exigée.

Ne sont pas admissibles aux prestations : les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans la province ou dans le territoire où ils résident; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes; et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes célibataires sont admissibles aux services assurés à partir du premier jour du troisième mois qui suit leur arrivée en Saskatchewan. Les personnes mariées sont assurées dès le premier jour qu'une ou l'autre devient résidente de la Saskatchewan, suivant la date qui est la plus tardive.

Gestion publique

Régime d'assurance-hospitalisation

La *District Support Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan, *Saskatchewan Health*, assure la gestion à but non lucratif du régime provincial des services hospitaliers, le *Hospital Services Plan*. Le ministère de la Santé est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Régime de soins médicaux

Avant le 1^{er} janvier 1988, le régime provincial de soins médicaux, le *Medical Care Insurance Plan*, était administré sans but lucratif par la Commission d'assurance-santé de la Saskatchewan, la *Medical Care Insurance Commission*. Cette Commission relevait du gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Depuis le 1^{er} janvier 1988, le ministre de la Santé de la Saskatchewan est chargé de la gestion du *Medical Care Insurance Plan*. Les activités administratives du régime ont été intégrées à la *Medical Care Insurance Branch* du ministère provincial de la Santé.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Par l'entremise du régime provincial des services hospitaliers, les hôpitaux fournissent un éventail complet de services hospitaliers assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plaâtres ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les services de radiographie, les services de laboratoire et les autres services diagnostiques; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; et tous les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Les services non assurés dans le cadre du régime des services hospitaliers, qu'ils soient fournis dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, comprennent : les soins complémentaires dans la province; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; les services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; les soins de garde, qu'ils soient fournis à l'hôpital ou au domicile du patient; et les traitements fournis dans des établissements spécialisés avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; les traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; l'électrolyse; les prothèses péniennes; les services liés aux opérations des cataractes et aux imageries par résonance magnétique (IRM) hors de la province sans l'approbation préalable et écrite du ministère de la Santé de la Saskatchewan; certains médicaments, substances biologiques et préparations connexes; les frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux dans une même ville de la province; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et faisant appel à des interventions ou à des médicaments de traitement non approuvés au Canada; et les médicaments et appareils que les patients emportent à domicile.

Les directions générales ne servent pas seulement au financement des services hospitaliers assurés, mais aussi, directement ou par l'entremise de subventions aux hôpitaux, à celui d'une variété d'autres organismes, programmes et activités dont : la *Saskatchewan Cancer Foundation*; la Société

Services complémentaires de santé

Santé Manitoba administre le *Home Care Program*, un programme de soins à domicile qui fournit, dans l'ensemble de la province, des services professionnels de soins de santé à domicile ainsi que divers services d'aide. La plupart des services que reçoivent les clients dans le cadre de ce programme sont dispensés par des travailleurs qui fournissent les services directement aux patients et qui sont employés par les bureaux régionaux du Ministère. Certains de ces services sont dispensés à contrat par certains organismes, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria, les Services de thérapie communautaires et Ten Ten Sinclair. Outre les services de soins à domicile, c'est également dans le cadre de ce programme que sont évalués les clients en vue de leur placement en établissement au sein des services de soins prolongés.

Les établissements de soins personnels sont financés par l'entremise du ministère de la Santé du Manitoba, qui est responsable de leur émettre un permis. Les services fournis aux personnes admissibles résidant dans des établissements de soins personnels sont assurés par le régime d'assurance-maladie du Manitoba. Les clients de ces établissements paient des frais quotidiens d'hébergement.

D'autres programmes de soins complémentaires de santé sont offerts par le Programme de soins à domicile, par exemple : l'oxygénothérapie à domicile, l'antibiothérapie par voie intraveineuse, les appareils de ventilation à domicile, le programme d'équipement et de fourniture pour soins à domicile du Manitoba, le programme pour stomisés, la dialyse à domicile, et d'autres agences ou services subventionnés par le Programme de soins à domicile, par exemple : *Meals on Wheels*, *Winipeg Inc.*, la *Manitoba Alzheimer Society*, *Housing with an Independent Difference (HID)* et les services de fauteuils roulants de la *Society for Manitobans with Disabilities*.

Cinquante-six pour cent des Manitobains vivent à Winnipeg, qui compte 2 498 lits de soins aigus et 731 autres lits. La ville a deux hôpitaux universitaires et cinq hôpitaux communautaires. Le plus petit de ces établissements comporte 136 lits, et le plus gros 879 lits. De plus, deux hôpitaux fournissent des soins prolongés ainsi qu'un service de soins psychiatriques pour adolescents. La population rurale du Manitoba est desservie par l'Hôpital général de Brandon et 69 hôpitaux communautaires ou hôpitaux de district qui comptent entre quatre et 128 lits dressés, ainsi que par deux hôpitaux fédéraux et 18 postes fédéraux de soins infirmiers. De plus, la population rurale du Manitoba a accès aux lits dressés pour soins aigus de Winnipeg.

Le Manitoba compte un nombre de médecins qui l'avantage par rapport à d'autres provinces, mais la répartition des médecins à l'intérieur de la province suscite des préoccupations. Un comité des ressources médicales comprenant un grand nombre de représentants de tous les groupes intéressés a été établi afin d'élaborer un plan global des ressources médicales pour le Manitoba et de gérer l'approvisionnement en médecins à l'intérieur de la province, de façon à assurer un accès raisonnable de la population à des services médicaux.

L'émission de numéros de facturation de la rémunération à l'acte, depuis le 1^{er} janvier 1994, a été considérée comme une mesure provisoire.

Paievements aux hôpitaux

Les paiements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés.

Les dépenses totales de Santé Manitoba au chapitre des services hospitaliers se sont établies, pour l'année financière 1993-1994, à 960 593 500 \$. Cette somme comprend les montants suivants : 2 102 600 \$ versés à des hôpitaux fédéraux; 12 808 600 \$ versés à des établissements sous contrat et aux services de transfusion de la Croix-Rouge; 16 980 100 \$ versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province; 907 237 200 \$ versés à des hôpitaux généraux publics; et 21 465 000 \$ versés à des centres de santé communautaire et des cliniques.

Mode de paiement des soins médicaux

La majorité des médecins de la province sont rémunérés selon un barème d'honoraires négocié avec l'Association médicale du Manitoba. Environ 25 p. 100 de l'ensemble des honoraires des médecins sont établis sous forme d'arrangements autres qu'une rémunération à l'acte, par exemple en vertu de dispositions prévoyant le versement d'un salaire, ou d'un paiement à la séance ou d'une rémunération pour un bloc de prestation.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du régime d'assurance-santé et de se faire payer directement par leurs patients. La surfacturation, c'est-à-dire la facturation au-delà des taux négociés par le gouvernement et l'Association médicale, est interdite.

L'Association médicale du Manitoba et Santé Manitoba travaillent de concert à l'élaboration d'un barème de valeurs relatives, fondé sur les ressources disponibles, pour le paiement des services médicaux.

Rémunération raisonnable

Une entente de cinq ans entre le gouvernement manitobain et l'Association médicale du Manitoba est en vigueur du 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1998. Cette entente établit des limites annuelles quant au coût total des services des médecins rémunérés à l'acte au Manitoba. La limite annuelle pour 1993-1994 a été fixée à 98 p. 100 du coût annuel de l'année précédente. (Au cours de 1992-1993, les paiements versés aux médecins de la province, au titre de la rémunération à l'acte, pour des prestations à l'égard de résidents du Manitoba, ont atteint un total de 254 218 811 \$). De même, pour 1994-1995, la limite annuelle sera fixée à 98 p. 100 de la limite de 1993-1994.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et les services de consultation externe assurés. Pour les personnes hospitalisées, les paiements s'établissent au montant que prévoit le régime de la province ou du territoire d'accueil. Pour les services de consultation externe, le Manitoba paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement.

Le paiement des prestations (médicales) professionnelles est effectué conformément à l'accord de facturation réciproque entre les provinces (sauf pour le Québec).

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada suite à un accident ou à une maladie subite sont payés comme suit :

- patient hospitalisé — au taux le plus bas entre : soit le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable;
- services externes — au taux le plus bas entre : soit le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit un montant fixe par visite, prescrit dans la réglementation.

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada, suite à une recommandation d'un spécialiste compétent du Manitoba approuvée par le Ministre, lorsque ces services ne sont pas disponibles ou ne peuvent être fournis adéquatement au Manitoba ou ailleurs au Canada, sont payés comme suit :

- patient hospitalisé — au taux le plus élevé entre : soit 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable;
 - services externes — au taux le plus élevé entre : soit 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit un montant fixe par visite, prescrit dans la réglementation.
- Le paiement des services hospitaliers se fait en dollars américains. Pour les prestations médicales urgentes et les dossiers dirigés à l'extérieur du Canada par un spécialiste compétent avec l'approbation du Ministre, les paiements sont calculés selon le barème des honoraires actuel du Manitoba et versés en dollars canadiens.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque afin d'éviter qu'il y ait rupture de la continuité de couverture des services hospitaliers et médicaux nécessaires.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit la date de leur départ du Manitoba.

Accessibilité

Accès raisonnable

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Au 31 mars 1994, le Manitoba comptait au total 4 669 lits d'hôpitaux pour soins aigus, et 919 autres lits (soins psychiatriques prolongés, soins palliatifs, maladies chroniques, évaluation et réadaptation à long terme et lits à panneaux) pour servir une population de 1 142 304 personnes, soit 4,1 lits de soins aigus et 0,8 autre lit pour 1 000 personnes.

autorisés par Santé Manitoba: les soins qu'un médecin, dentiste, chiropraticien ou optométriste se dispensent à eux-mêmes ou dispensent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps des déplacements; les consultations téléphoniques; les services de psychologues, chiroprodistes, naturopathes, podiatres et autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation *in vitro*; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; et la psychanalyse.

En plus des services de santé assurés de base, Santé Manitoba fournit, avec des restrictions, les services suivants : programme d'assurance-médicaments; lunettes pour les personnes âgées; lentilles cornéennes pour les personnes âgées et pour les jeunes enfants souffrant d'anomalies congénitales; appareils et services d'orthèses et de prothèses; appareils de télécommunication pour les sourds profonds; prothèses oculaires; prothèses mammaires et soutiens-gorge médicaux; soins dentaires pour les patients qui ont une fissure labiale ou une fente palatine; prothèses auditives et chausssures orthopédiques pour les enfants; programme de transport d'urgence par ambulance aérienne; transport des patients résidant dans le Nord qui doivent subir des traitements médicaux; une subvention pour les frais de transport hors de la province pour les patients envoyés pour des traitements médicaux non disponibles dans la province; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens et d'optométristes. Le Ministère administre aussi le *Land Ambulance Services Program*, qui fournit des subventions pouvant être utilisées pour acheter des ambulances et de l'équipement ou pour subventionner les coûts d'exploitation.

Universalité

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, qui ont légalement le droit d'habiter au Canada et qui élisent domicile au Manitoba et qui sont présents physiquement au moins six mois au cours d'une année, sont admissibles à la couverture sous réserve d'un délai minimal de carence (voir la section sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes à leur charge. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital, auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba et qui viennent d'une autre province ou d'un territoire deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba. En outre, les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de plus d'un an sont admissibles à la couverture. Les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les détenus libérés des pénitenciers fédéraux sont assurés dès le premier jour de leur congé.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois. Les étudiants qui ont l'intention de retourner habiter au Manitoba à la fin de leurs études sont couverts pendant leurs périodes d'études. Une personne doit être physiquement présente dans la province pendant au moins six mois chaque année afin d'être admissible à la résidence.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba, le *Manitoba Health Services Insurance Plan*, est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un «régime d'assurance-santé» tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire du *Fonds d'assurance-maladie du Manitoba*, créé par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Fonds fournit une assurance relative aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

Le Ministère doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel sur le Fonds, incluant un bilan vérifié ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le bureau du Vérificateur de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie lorsque de telles installations sont disponibles. La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris la dialyse dans un centre approuvé. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les médicaments et les pansements que les malades emportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services infirmiers privés; et les commodités personnelles comme la télévision, la radio, le téléphone, etc.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont dispensés aux assurés en vertu d'autres lois.

Régime de soins médicaux

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au cabinet du médecin ou au domicile du patient : le diagnostic et le traitement des incapacités et des maladies; les analyses et examens médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dispensés dans un établissement approuvé par Santé Manitoba; et les services d'immunisation, d'injection et d'analyses. Les services dentaires assurés, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial agréé ou un dentiste agréé, comprennent : l'extraction chirurgicale de dents incluses; la réfection de traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche; et, en cas d'urgence ou à la demande spéciale d'un médecin, l'exécution d'une réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire, pratiquée par un médecin ou une personne participant à une telle intervention.

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont

Services complémentaires de santé

aux services du président qui agit à titre d'enquêteur. Le processus de négociation est actuellement à l'étude par les parties.

Des membres du gouvernement et de l'Association dentaire de l'Ontario négocient des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime qui visent les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux.

Au cours de 1993-1994, 4 338 565 518 \$ ont été versés pour les soins médicaux. Cette somme comprend les paiements pour les services de médecin et de laboratoire. Le régime a déboursé 12 385 304 \$ pendant l'année financière 1993-1994 pour les services médicaux reçus à l'extérieur de la province (le système de facturation médicale réciproque, à l'exception du Québec).

Le ministère de la Santé subventionne les soins prolongés fournis dans les centres d'accueil, les foyers pour personnes âgées et les établissements de charité qui relèvent du ministère des Services sociaux et communautaires. De plus, il existe des services de soins actifs et de soins chroniques qui comprennent des services comme la dialyse à domicile et les services pour la suralimention.

L'Ontario entreprend une réforme importante et détaillée de la prestation, du financement et de l'administration des services de soins prolongés qui mettra l'accent sur les services communautaires et les services à domicile comme services traditionnels de soins en établissement.

En 1991-1992, on comptait 223 hôpitaux publics dans la province, dotés en personnel et en fonctionnement dans des sections de soins chroniques, généraux et de réadaptation spéciale. Pendant l'année financière, le nombre de jours-patients aigus était plus de 9 638 104 et le nombre de jours-patients chroniques était plus de 3 949 562 dans les hôpitaux publics.

Un nombre adéquat de médecins assure un accès raisonnable aux services médicaux. Le Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Deux programmes ont été mis sur pied à l'intention des résidents du nord de l'Ontario : le Programme incitatif à l'établissement de médecins spécialistes dans le Nord, qui procure une aide financière aux spécialistes qui pratiquent dans le nord de l'Ontario, et la Subvention pour frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants du Nord de l'Ontario, qui fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir plus de 100 kilomètres (aller) dans le nord de l'Ontario ou du Manitoba, ou plus de 200 kilomètres (aller) pour se rendre à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux.

spécialisés.

L'adoption de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Ceux qui facturent directement le malade ne peuvent demander ni accepter de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte des facteurs suivants : l'inflation, l'accroissement de la charge de travail, l'introduction de nouveaux programmes approuvés et l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements de deux fois par mois.

En 1990-1991, l'Ontario a versé un montant évalué à 6,4 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements sous contrat pour les services assurés. En 1993-1994, un montant évalué à 105 217 682 \$ a été versé aux hôpitaux hors de la province pour les services assurés fournis aux résidents de l'Ontario.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont essentiellement payés à l'acte, selon le barème des honoraires prévu dans le Règlement 552 de la Loi sur l'assurance-santé. Les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer à ce dernier tous les services, ou de ne pas participer au régime et de facturer aux patients spécifiquement tous les services. En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement au régime les services fournis à certains groupes de patients spécifiquement par l'entremise d'un groupement médical, les services fournis dans des hôpitaux publics, des centres d'accueil et d'autres établissements. La proportion du nombre de médecins qui ne participent pas au régime par rapport à ceux qui y adhèrent a diminué de moins de 2 p. 100 depuis l'adoption de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé.

Rémunération raisonnable

Depuis quelques années, il existe un Comité mixte de la rémunération des médecins constitué de membres de l'Association médicale de l'Ontario, du gouvernement provincial, ainsi que d'un président neutre. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime qui soient acceptables pour les deux parties. En cas d'impasse, on a recours

Les résidents doivent résider en Ontario pendant au minimum 183 jours au cours de toute période de 12 mois pour continuer d'avoir droit aux services assurés.

Pour qu'une personne assurée qui s'absente de l'Ontario pendant plus de 183 jours continue d'être assurée, il faut qu'elle en fasse la demande par écrit au ministre de la Santé de la province et que le ministère accepte.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces et les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province ou du territoire où le malade a été hospitalisé. En ce qui a trait à la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. L'Ontario participe également à une entente de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et les territoires, à l'exception du Québec, en ce qui a trait aux services médicaux assurés.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les taux quotidiens de remboursement des services hospitaliers d'urgence dispensés à l'extérieur du pays sont les suivants en Ontario depuis le 1^{er} juillet 1994 :

- maximum de 100 \$ canadiens pour des services à un patient hospitalisé;
- maximum de 50 \$ canadiens pour des services assurés en consultation externe;
- maximum de 210 \$ canadiens pour une dialyse.

Les services médicalement nécessaires d'un médecin ou d'un autre praticien admissible (chiropraticien, dentiste, optométriste, pédiatre et ostéopathe), dispensés à l'extérieur du Canada, ainsi que les analyses de laboratoire requis de façon urgente hors du pays, sont remboursés au moindre des montants suivants : soit le taux prévu dans le barème des services du ministère de la Santé de l'Ontario, soit le montant du service facturé.

Lorsqu'un traitement médicalement accepté ne peut être dispensé en Ontario, ou dans les situations où le patient risque de perdre la vie ou de subir des dommages physiques irréversibles, le médecin ontarien de ce patient peut demander que le ministère rembourse en entier les services de santé qui seront dispensés au patient à l'étranger. Pour que des services dispensés dans de telles circonstances soient admissibles à un plein remboursement, il faut qu'une demande d'approbation préalable du paiement de services de santé dispensés hors du pays soit remplie et présentée par un médecin de l'Ontario avant le départ du patient.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident de l'Ontario qui quitte cette province de manière permanente pour s'établir immédiatement dans une autre province ou un territoire du Canada a droit aux services assurés pendant trois mois à compter de la date de son départ.

Accessibilité

Accès raisonnable

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises aux hôpitaux par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs pour logement et pension imposés aux malades atteints de maladies chroniques après 60 jours sont autorisés. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas des personnes dans le besoin.

de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; et les immunisations, les injections et les tests. Les services dentaires assurés comprennent : le traitement des blessures traumatiques, les incisions chirurgicales; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homéogreffes; les implants; et les reconstructions faites dans un hôpital à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain et d'autres traitements dentaires spécifiques, lorsqu'il est médicalement nécessaire qu'ils soient effectués à l'hôpital.

Outre les services de santé assurés de base, le ministère de la Santé offre également les services suivants : une évaluation oculo-visuelle par un optométriste; un programme d'assurance-médicaments pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont légalement le droit de demeurer au Canada et qui résident en Ontario, et les bénéficiaires de l'aide sociale; un programme d'appareils et de prothèses tels que les prothèses auditives, les fauteuils roulants, l'équipement respiratoire et les fournitures, et une subvention annuelle pour les aiguilles et les seringues destinées aux personnes âgées diabétiques qui ont besoin d'insuline; un programme de subvention pour les frais de transport à des fins médicales accordé aux habitants du nord de l'Ontario; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes et de chiroprodistes, et les services de physiothérapeutes dans une installation désignée à cette fin.

Les services non assurés comprennent : les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la région d'exercice; les frais liés aux appels interurbains; la préparation ou la remise d'un médicament, d'un antiseptum antihépatique ou d'une autre substance; les conseils donnés par téléphone suite à la demande de la personne assurée ou de son représentant; une entrevue ou une conférence de cas; la préparation et la transmission d'un dossier à la demande de la personne assurée; un service reçu, en tout ou en partie, pour la production ou la préparation d'un document ou la transmission de renseignements dans des circonstances précises; la production d'un document ou la transmission de renseignements à une personne autre que la personne assurée dans des circonstances précises; la rédaction d'une ordonnance lorsque aucun service connexe n'est rendu; la chirurgie esthétique; les procédures liées à l'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de dépistage de groupe; et les programmes de recherche et d'enquête. Cette liste n'est pas exhaustive et est sujette à des exceptions. Voir l'article 24 du Règlement 552 relevant de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario et le Barème des prestations des médecins.

Universalité

Tous les résidents de l'Ontario ont droit aux services assurés sous réserve d'une période d'attente de trois mois, le cas échéant. Le Règlement qui relève de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario définit quels types de personnes sont des résidents de l'Ontario et quels types sont soumis à la période d'attente de trois mois (voir l'article 11 de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario et les Règlements 490 et 491/94). Chaque résident de l'Ontario doit s'inscrire lui-même. Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés visés par les contributions fédérales sont offerts aux résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Sous réserve de certaines exceptions, les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent résider en Ontario et qui demandent à être couverts par l'assurance-santé doivent se soumettre à une période d'attente de trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés (voir Règlement 491/94).

Le régime d'assurance-santé est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un «régime d'assurance-santé» tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, afin d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé, par des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux malades hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commun; les services infirmiers nécessaires; les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédés diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie.

La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris : les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques; l'utilisation des installations de consultation en matière d'alimentation; l'utilisation du matériel pour l'hémodialyse et la suralimentation à domicile, les fournitures et les médicaments; l'approvisionnement du matériel, des fournitures et des médicaments aux hémophiles; la cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe; le médicament AZT pour les patients atteints du SIDA; l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse; le vaccin contre la rage et les médicaments pour le traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; le téléphone; la télévision; les coûts des services infirmiers privés; la chirurgie esthétique, dans la plupart des cas; les provisions de médicaments emportées à la maison par les patients, avec certaines exceptions; et les visites à l'hôpital, dans les limites de la province, uniquement pour l'administration de médicaments autres qu'un sérum antirabique, l'AZT et l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse. En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario offre également les services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques de la province; la composante des résidences au Programme pour foyers de soins spéciaux; les services ambulanciers (par voies aériennes et terrestres); les traitements dentaires pour les personnes ayant un bec de lièvre et une fissure du palais, inscrites à une clinique désignée; et le financement d'un programme provincial de dépistage du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens médicaux et les tests; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services

Les paiements effectués en 1993-1994 aux centres hospitaliers pour les services de santé assurés fournis aux résidents du Québec se sont élevés à environ 5,8 milliards de dollars¹ et ceux effectués aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 95 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effets de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1993-1994, la Régie a versé un montant évalué à 2 152 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,6 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les soins intermédiaires, les soins aux adultes en établissement et les services de soins à domicile sont disponibles. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont basées sur un outil d'évaluation unique. Les centres locaux de services communautaires reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou dirigent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, des services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients, en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

de 498 \$ canadiens par jour s'il y a eu hospitalisation, incluant le cas d'une chirurgie de un jour, ou de 60 \$ par visite pour les soins dispensés sur une base externe, incluant dans les deux cas les services diagnostiques et thérapeutiques associés. Les services doivent être dispensés dans un établissement reconnu accrédité comme hôpital ou centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés sous forme d'assurance-hospitalisation à 100 p. 100 dans les cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans d'autres cas lorsque les services sont dispensés dans la région où ils sont en poste.

Les services médicaux sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement encourus. Les professionnels de la santé reconnus sont les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccaux, les optométristes et les pharmaciens. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des soins hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec approbation préalable. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Il n'y a aucuns frais de surfacturation par les médecins du Québec. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale; et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 1993, il y avait 123 centres hospitaliers pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 33 440 lits. Ces centres hospitaliers ont admis 775 700 patients qui ont été hospitalisés, soit l'équivalent d'environ 10 548 000 jours-patients.

Paievements aux centres hospitaliers

Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province ou un territoire du Canada devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province ou du territoire d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut de résident pourvu qu'elles avisent la Régie de leur absence.

Il en est de même pour les personnes qui exécutent un contrat ou travaillent temporairement à l'extérieur du Québec alors que leur famille y demeure ou y conserve une habitation si c'est à l'extérieur du Canada. Conditionnellement à ce qu'elles y reviennent au moins une fois par 12 mois. Maintiennent également leur statut de résident les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois à tous les sept ans et pourvu qu'elles avisent la Régie.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration*, les Canadiens rapatriés et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada, les membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est également fournie aux ressortissants étrangers qui sont dans la province et détiennent un permis de travail ou qui y séjournent en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation et ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation convenu entre les provinces et territoires du Canada, soit au niveau établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou le territoire d'accueil, ou au niveau tarifaire interprovincial et interterritorial approuvé pour les services de consultation externe.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le taux des honoraires de l'Ontario lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Ontario. Cette entente portant sur le paiement des services offerts dans la province d'accueil pour la région d'Ottawa et de l'Ontario est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, habituellement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence

Régime de soins médicaux

Les services médicaux comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins ainsi que les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire, déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non lié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que tel service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute consultation par voie de télécommunication ou par

correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsque requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection faite à un groupe ou faite pour certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles de contact; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins que tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée pour fins de dépistage, la tomodesistométrie, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que tous ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier; tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier autorisé à cette fin; et tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation pour un problème de daltonisme ou de réfraction dans le but d'obtenir un de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles de contact.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains résidents du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et les prestataires de la Sécurité du revenu, les services optométriques; les services dentaires et les prothèses dentaires acryliques pour les enfants; les prothèses, les appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements pour les personnes atteintes d'une déficience ou une difformité physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives et visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils permanents fournis aux stomisés; les services pharmaceutiques et les médicaments prescrits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'Allocation au conjoint et celles de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du Programme de la sécurité de la vieillesse; et les médicaments non inscrits sur la liste pour les patients d'exception atteints de maladie grave ou chronique.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les services reçus par les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes, ou membres de la Gendarmerie

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un organisme public établi par le gouvernement provincial qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (ex-centres hospitaliers de soins de longue durée) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers et dans les centres locaux de services communautaires.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement dans une salle commune et les repas; les soins infirmiers nécessaires; la fourniture du matériel de chirurgie courante; les services diagnostiques; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; la fourniture des médicaments, des prothèses et orthèses et des produits biologiques et les préparations s'y rattachant; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs; l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure; la radiothérapie; les services diagnostiques; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; et d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; ceux de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; et la réanastomose des trompes ou des canaux défectueux.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport ambulancier pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques commandés après que le patient est sorti du centre hospitalier; et les services auxquels le patient a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou d'autres législations fédérales ou provinciales.

Services complémentaires de santé

à 7 541 360 \$.

clavés à 163 642 700 \$. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés

En vertu du Programme de services de soins en centre d'accueil, les services de soins en centre d'accueil sont dispensés sous les auspices de la Division des services en établissements de soins la Santé et des Services communautaires à titre de services non assurés. Les établissements de soins aux adultes et les soins qui y sont prodigués existent grâce à divers organismes et sources de financement. La Division des services sociaux, familiaux et communautaires du Ministère est responsable des programmes de résidences communautaires et de foyers de soins spéciaux, des services communautaires pour les personnes âgées et des services communautaires dans le cadre de programmes pour adultes handicapés.

Des soins de santé à domicile sont fournis par l'entremise de l'hôpital extra-mural.

Les services médicaux qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick sont payés aux tarifs de l'Ontario ou du Québec (à l'exception des services de pathologie, de radiologie et d'ultrasonographie diagnostique qui sont payés à 70 p. 100).

L'approbation préalable est requise pour les traitements administrés aux patients hospitalisés pour intoxication dans des établissements à l'étranger.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province ou le territoire. Toute personne qui quitte le Canada pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les personnes admissibles ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit aux services assurés.

Les statistiques préliminaires des hôpitaux pour 1993-1994 sont les suivantes : nombre de jours-patients — 1 092 570 (à l'exclusion des nouveau-nés); nombre d'admissions — 119 529; nombre de congés — 120 335; et nombre de consultations pour des soins d'urgence — 865 785. En plus, il y eu 1 362 065 jours-patients, 13 226 admissions et 13 248 congés de l'hôpital extra-mural.

Au cours de l'exercice 1993-1994, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont dispensé 5,3 millions de services en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province en ont dispensé 206 000, ce qui donne comme total 5 620 000 services.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux toutes les deux semaines. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés administrés dans la province sont estimées à 579,4 millions de dollars en 1993-1994. De plus, la province a versé environ 33,1 millions de dollars pour les services hospitaliers fournis hors province aux résidents du Nouveau-Brunswick.

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont pour leur part reçu des autres provinces et des territoires près de 20,2 millions de dollars pour les services dispensés à des résidents de l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* doit en faire la demande au Ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les tarifs des services qui ne figurent pas dans ce barème sont établis par le Directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. Au cours de 1993-1994, les paiements faits aux médecins de la province en vertu des modalités de rémunération à l'acte se sont

Transférabilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne venant d'une autre province ou d'un territoire a le droit de devenir bénéficiaire du régime à partir du premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour, lorsque la résidence à temps plein au Nouveau-Brunswick est établie : les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers au moment de leur libération au Nouveau-Brunswick. Une personne qui arrive de l'étranger peut être admissible à devenir bénéficiaire en vertu du régime d'assurance-maladie dès le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle est arrivée dans la province et y a établi sa résidence permanente. Cela s'applique aux conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la première fois; les immigrants reçus; les Canadiens rapatriés; les Canadiens qui reviennent au pays; les immigrants reçus qui reviennent au pays; et les Canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois. En sus, une couverture est fournie aux personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de 182 jours en 12 mois.

Dès le 1^{er} janvier 1993, le Nouveau-Brunswick a augmenté ses exigences par rapport au délai minimal de résidence à 183 jours afin de les faire concorder avec les exigences d'autres compétences. Une personne admissible peut être temporairement absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 12 mois consécutifs, à moins qu'elle ne soit approuvée par le Directeur du régime d'assurance-maladie.

Les étudiants peuvent être temporairement absents annuellement quand ils font leurs études à temps complet dans une université ou dans un établissement à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence ailleurs. Les étudiants doivent en aviser le bureau d'assurance-maladie annuellement.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement, aux hôpitaux, des services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire concerné. Le paiement des services de consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut être fait directement à la personne, à l'établissement où les soins sont dispensés ou en vertu de facturation réciproque entre les hôpitaux.

À l'exception du Québec, les services médicaux assurés fournis dans toutes les provinces et dans les territoires sont payés en vertu d'un accord de facturation réciproque au taux de la province ou du territoire d'accueil. Certains services choisis, dont le coût est élevé, sont payés au taux approuvé par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Tous les services hospitaliers autorisés et dispensés à l'étranger sont remboursés, en dollars canadiens, telles que soient les circonstances.

Tous les services aux patients hospitalisés offerts dans la province sont payés au tarif du Nouveau-Brunswick.

Les services aux patients hospitalisés offerts dans la province sont payés au tarif moyen pour salle commune de trois grands hôpitaux canadiens.

Tous les services médicaux autorisés et dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, telles que soient les circonstances.

les règlements administratifs ou les règlements médicaux régissant l'hôpital; les services dentaires prévus dans le barème des honoraires; le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal; les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate; la psychanalyse; l'électrocardiographie lorsqu'elle n'est pas effectuée par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie; les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; l'acupuncture; et un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale.

Plan de médicaments sur ordonnance

En plus des services de santé de base assurés, le Nouveau-Brunswick fournit également un programme de médicaments sur ordonnance pour les résidents qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral, les patients qui vivent dans un centre d'accueil agréé, les cas confirmés de fibrose kystique, les personnes ayant besoin de traitement à la cyclosporine en raison d'une greffe, les personnes ayant besoin d'hormones de croissance, les personnes inscrites auprès de la province pour la fourniture d'AZT et les personnes qui reçoivent une aide au revenu.

Pour les personnes âgées qui ne sont pas admissibles à une couverture de médicaments sur ordonnance sans acquitter des frais mensuels, le Programme de la Croix Bleue, Soins de santé pour les aînés, offre une couverture limitée, sur une base facultative sous réserve du paiement de primes, pour des prestations telles que les médicaments sur ordonnance, les services de chiropodiste, les soins de la vue, les soins des pieds, les appareils auditifs, les orthèses, le matériel pour stomisés, les prothèses et les services d'ambulance, selon le régime choisi.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le Programme de services d'ambulance qui octroie une aide financière pour les services ambulanciers dispensés aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux malades transférés d'un hôpital à un autre. En outre, des subventions sont accordées à ces services pour l'achat d'ambulances et d'équipement ou pour compenser les coûts de fonctionnement. Des fonds sont octroyés à un partenariat entre l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick et l'Ambulance Saint-Jean pour l'administration et la mise en œuvre de son programme de formation de conducteurs d'ambulance.

Universalité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes : les membres réguliers des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada; et les personnes des autres provinces ou territoires qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui sont admissibles à une protection en vertu de leur régime provincial ou territorial.

Pour avoir droit aux services de santé assurés, les bénéficiaires et les personnes qui sont à leur charge doivent être inscrits. Une fois inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui porte le nom, l'adresse, la date de naissance et le numéro d'assurance-maladie du résident. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement hospitalier. Aucune prime n'est perçue. Dès le 1^{er} septembre 1992, la carte d'assurance-maladie comprenait également une date d'expiration.

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime de services hospitaliers

Les services aux malades hospitalisés auxquels les personnes admissibles ont droit correspondent à ceux mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, y compris : l'hébergement et les repas en salle ordinaire; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres actes diagnostiques; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrées à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie et de physiothérapie, si disponibles. Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, la où ils existent; la radiothérapie; la physiothérapie; et les autres services de consultation externe offerts par les hôpitaux.

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services diagnostiques rendus au profit d'un tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérum ou de substances biologiques; les télévisuels; les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; et tout service non visé par le barème provincial des services de médecins assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Les services fournis par le programme de l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick sont assurés. Aussi connu sous le nom de «*hospital at home*», l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme de prestation, aux malades à domicile, de soins actifs et palliatifs par des professionnels. Les patients sont admis sur recommandation de leur médecin; les médecins prennent les dispositions pour l'admission du patient, prescrivent le traitement et ordonnent le congé comme dans les hôpitaux conventionnels. En 1987-1988, la formule a été étendue et le nombre total d'unités de l'hôpital extra-mural a été porté à 14. En 1992-1993, elle a été étendue davantage à six autres régions. À partir du 1^{er} avril 1990, l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a élargi son éventail de services pour inclure les services de soins prolongés. Cet éventail de services a été défini comme étant la phase II du mandat du programme et faisait auparavant partie d'un service de santé publique.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme étant l'ensemble des services médicalement requis fournis par un médecin et certains services médicalement requis fournis par des chirurgiens dentistes qualifiés dans un hôpital approuvé.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus au barème des honoraires; l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'un tiers; les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou à la demande d'un tiers; d'autres services prescrits par

Paiements aux hôpitaux

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit : les hôpitaux présentent leurs prévisions budgétaires au Ministère, qui est autorisé à déterminer les paiements qui seront faits annuellement aux hôpitaux. En 1993-1994, la Nouvelle-Écosse comptait 4 199 lits d'hôpitaux. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts d'exploitation liés aux services dispensés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques se sont élevées à 800 millions de dollars. En tout, 11 millions de dollars ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province pour des services assurés dispensés à des résidents de la Nouvelle-Écosse. Le nombre total de congés de tous les hôpitaux s'est élevé à 129 742 et le nombre de jours-patients dans tous les hôpitaux a atteint 1 171 843.

Mode de paiement des soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés dispensés aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins salariés et à contrat.

Rémunération raisonnable

La Health Services and Insurance Act autorise le Ministère à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la *Medical Society of Nova Scotia* et la *Nova Scotia Dental Association* et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par négociation.

En 1993-1994, 238 653 399 \$ ont été versés aux médecins de la Nouvelle-Écosse. Les paiements effectués par le Ministère pour des services médicaux dispensés à l'extérieur de la province se sont élevés à 3 050 462 \$.

Services complémentaires de santé

En avril 1993, la responsabilité des établissements de soins de longue durée (centres d'accueil et foyers pour personnes âgées) a été transférée du ministère des Services communautaires au ministère de la Santé. Les municipalités accordent de l'aide aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Le coût est pris en charge par les municipalités dans une proportion de 66,67 p. 100.

Le 1^{er} novembre 1993, le *Coordinated Home Care Program*, qui était auparavant administré conjointement par le ministère des Services communautaires et le ministère de la Santé, a été transféré au complet (à la fois l'élément des services d'aide à domicile et les soins infirmiers) au ministère de la Santé.

Le programme comprend des services d'aides familiales, de soins personnels, de soins infirmiers et de logement ainsi qu'une gamme de services de bénévoles destinés aux personnes âgées, aux personnes ayant un handicap et aux familles à risque. Les services infirmiers contractés sont fournis par les infirmières de l'Ordre de Victoria et par *Martha Home Health Care*. Les infirmières de santé communautaire du ministère de la Santé fournissent des services dans des régions non couvertes par les infirmières de l'Ordre de Victoria.

qui étudient à temps complet dans une école à l'extérieur de la province sont couverts pourvu qu'ils reviennent dans la province au moins une fois tous les 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

La Nouvelle-Ecosse respecte l'entente sur la facturation réciproque. Les services hospitaliers sont payés au taux quotidien de l'hôpital d'accueil et les soins médicaux dispensés ailleurs au Canada sont payés selon le tarif en vigueur dans la province ou le territoire où ils sont fournis. Quant aux soins médicaux, le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin la responsabilité de faire lui-même la demande.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les frais de services hospitaliers dispensés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont couverts, en dollars canadiens, dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada.

Les services hospitaliers sont payés au moindre des deux tarifs suivants : la moyenne des frais demandés quotidiennement dans les hôpitaux de la région métropolitaine de Halifax au moment où les services sont dispensés ou le taux quotidien de l'hôpital où le service est fourni.

Les traitements non urgents, les services hospitaliers reçus par une personne dans un hôpital psychiatrique ou dans un centre de désintoxication vers lequel elle n'a pas été dirigée et les services hospitaliers externes sont exclus de la couverture accordée à l'étranger.

Dans le cas des personnes qui s'absentent temporairement du Canada, les frais de services médicaux dispensés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont payés aux tarifs de la Nouvelle-Ecosse, en dollars canadiens.

Les spécialistes de la Nouvelle-Ecosse doivent recevoir l'approbation préalable avant de diriger les résidents vers des traitements non urgents à l'étranger. Il faut toutefois que le service en question ne soit offert ni dans la province ni ailleurs au Canada.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Ecosse détermine le paiement applicable aux services non urgents approuvés et aux services qui ne sont pas offerts au Canada.

Il faut obtenir l'approbation préalable dans le cas de résidents dirigés vers des hôpitaux psychiatriques ou vers des centres de désintoxication à l'étranger si le service n'est pas offert au Canada. Le dossier est soumis à un comité consultatif médical, qui peut être tenu de recommander l'approbation du Ministère selon les cas.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents qui vont s'établir en permanence ailleurs au Canada ont droit aux services assurés pendant les trois mois qui suivent leur départ, période à laquelle on ajoute un temps raisonnable pour le déplacement.

Les résidents de la Nouvelle-Ecosse qui élisent définitivement domicile à l'étranger n'ont plus droit aux services assurés des le jour de leur départ.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ni frais de surfacturation ne sont exigés en vertu des deux régimes. Plus de 90 p. 100 de la population habite à moins de 30 minutes de l'un des 44 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires de Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés aux résidents.

Régime de soins médicaux

Les services assurés sont tous les services dispensés par les médecins et requis d'un point de vue médical ou considérés comme tels. Certains traitements de chirurgie dentaire considérés d'un point de vue médical comme devant être pratiqués à l'hôpital sont également assurés.

Les services non assurés comprennent les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les frais de déplacement ou de délais; les conseils ou les ordonnances par téléphone; les examens requis par un tiers; les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient approuvées par le Ministère; la préparation de certificats ou de rapports; le témoignage en cour; les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électro-encéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; l'inversion de la stérilisation; et la fécondation *in vitro*.

Outre les services de santé de base, la couverture limitée est également offerte pour les services suivants : les examens de la vue par des optométristes pour les enfants et les personnes âgées; les médicaments d'ordonnance pour les personnes âgées; un programme spécial d'assurance-médicaments pour les personnes qui ont certaines maladies chroniques; un régime de soins dentaires pour les enfants; un programme de soins dentaires spécial pour certains groupes de clients; les services de prothèses, y compris la couverture pour les prothèses mammaires; et un programme de services ambulanciers subventionnés.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi, tous les résidents de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. De plus, les Néo-Ecossais sont assurés à l'égard de services fournis à l'extérieur de leur province, jusqu'à concurrence des coûts admissibles en Nouvelle-Ecosse. Ces services hospitaliers et médicaux sont disponibles selon des modalités uniformes. Cette disposition assure le droit à la couverture à 100 p. 100 des résidents de la province. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Ecosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs de la province. L'admissibilité au régime pour les résidents n'exige aucune inscription préalable. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent de façon permanente en Nouvelle-Ecosse ont droit aux services de santé assurés par les régimes à compter du premier jour du troisième mois qui suit leur établissement dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories de résidents deviennent bénéficiaires dès le premier jour, notamment les immigrants reçus, les militaires qui retournent à la vie civile, les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux et les Canadiens qui ont La couverture à titre rétroactif est également accordée dès le premier jour aux non-Canadiens qui ont un permis de travail leur permettant de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus. Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une extension de couverture. Les étudiants qui résident habituellement en Nouvelle-Ecosse et

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé.

Depuis septembre 1991, le *Medical Services Insurance Plan* est administré et géré sans but lucratif par une autorité formée de la *Insured Professional Services Division* du ministère de la Santé et de la *Maritime Medical Care Incorporated*. À ce moment-là, la *Health Services and Insurance Commission* a été intégrée au Ministère. Les dispositions législatives rendant le changement officiel ont été adoptées en juin 1992. La *Maritime Medical Care Incorporated* est l'agent administratif et financier de la province pour le *Medical Services Insurance Program*. Pour chaque année financière, la *Maritime Medical Care Incorporated* doit préparer, à l'intention du Ministère, un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Ses livres, dossiers et comptes doivent porter sur ses tâches, fonctions et responsabilités en vertu de son entente avec le Ministère.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les registres et livres comptables du ministère de la Santé et de la *Maritime Medical Care Incorporated* concernant les deux régimes.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie là où ils existent; et les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques.

Les services de consultation externe comprennent : les épreuves de laboratoire et les examens radiologiques; les épreuves diagnostiques à l'aide d'isotopes radioactifs; les électroencéphalographies; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie lorsqu'il en existe; les soins infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; le sang ou les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les soins de jour aux diabétiques; les services autres que les services médicaux dispensés par la *Nova Scotia Hearing and Speech Clinic* et la *Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia* dans leurs locaux; les services d'échographie diagnostique; la nutrition parentérale à domicile; la radiothérapie pour les affections non malignes; et l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; les interventions pratiques dans le cadre d'essais cliniques; et les services requis par un tiers (tel que les compagnies d'assurance) qui ne sont pas considérées médicalement nécessaires.

Le ministère de la Santé administre le Programme de dépistage de cancer du sein.

Les praticiens présentent une demande de règlement à l'Agence avec toute l'information requise pour la justifier, suivant les modalités du barème des honoraires. Ils doivent le faire dans les six mois qui suivent la date de la prestation de service. Si la demande est conforme à la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, le paiement est fait au médecin toutes les deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et la *Dental Association* ont donné lieu à la signature d'ententes concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période allant du 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1995.

Au cours de 1993-1994, l'Agence a versé un montant évalué à près de 29,957 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant des services médicaux hors de la province s'élevait à près de 2,579 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les services complémentaires de santé sont fournis principalement par l'intermédiaire de la *Residential Services Branch* relevant des cinq autorités régionales du système de santé et de services communautaires. Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés principalement dans des résidences gérées par les autorités régionales et des centres d'accueil privés qui détiennent un permis. La *Health and Community Services Agency* verse aux régions, des subventions pour 90 p. 100 des lits dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et 50 p. 100 des lits dans les centres d'accueil privés. Les fonds sont accordés en fonction de l'urgence des besoins évalués sur les plans fonctionnel et financier.

En vertu de la *Community Care Facilities and Nursing Homes Act* de 1988, une commission relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux est maintenant responsable de l'agrément des centres d'accueil privés. La *Health and Community Services Agency* fournit du personnel à la commission, effectue des inspections et évalue les clients afin de déterminer s'ils reçoivent les soins appropriés. Ce même processus d'évaluation est maintenant utilisé pour les clients qui reçoivent différents niveaux de soins dans tous les établissements de soins prolongés de la province.

En outre, les autorités régionales offrent des services d'aide à domicile.

doit pas dépasser le montant total du taux payé au titre des services internes à l'hôpital, y compris la chambre, les repas et les services hospitaliers jugés médicalement nécessaires, et sont payables en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Les services hospitaliers externes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés selon les taux en vigueur à l'Île-du-Prince-Édouard ou, dans les cas où ils s'appliquent, selon les taux canadiens appropriés, en dollars canadiens.

Les services hospitaliers externes non urgents qui ne sont pas disponibles au Canada, sous réserve de l'approbation préalable de la *Health and Community Services Agency*, sont payés à un taux correspondant à l'intégralité des frais hospitaliers approuvés.

Les frais pour les services médicaux, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés, en dollars canadiens, selon le barème des honoraires de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les services médicaux non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés à 100 p. 100 si l'approbation préalable a été obtenue de la *Health and Community Services Agency*, et sont payés en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Il faut obtenir l'approbation préalable, par écrit, si le patient cherche à obtenir un traitement médical non urgent à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent en faire la demande.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents bénéficient de la protection intégrale du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de tous les avantages du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province.

En 1993-1994, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 505 lits. Il y a eu 24 506 admissions durant l'année financière et le nombre de jours-patients s'est élevé à 164 043.

Paiements aux hôpitaux

L'Agence établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et effectue les paiements essentiellement aux deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget au cours de l'année ou bien sont examinées en vue de leur approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 1993-1994, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 75 043 100 \$ pour les frais d'immobilisation et d'exploitation. Un montant estimatif de 2 385 300 \$ a aussi été versé pour d'autres services tels les services ambulanciers et les services de transfusion sanguine. L'Agence a payé un montant évalué à 13 198 500 \$ pour les services hospitaliers dispensés hors de la province.

Diagnostic Services Insurance Act de la province; et tout autre service que l'Agence peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

En plus des services de santé assurés de base, la province fournit les services suivants : un programme de services ambulanciers subventionnés dans le cadre duquel des subventions sont accordées aux exploitants de services ambulanciers afin de réduire les frais à assumer par les résidents de la province; les soins dentaires courants pour les enfants; un programme de prothèses oculaires pour les enfants et les jeunes de 18 ans ou moins; et un régime d'aide pour l'achat de médicaments pour les personnes âgées et certains groupes.

Universali 

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Toute personne qui habite en permanence à l' le-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres r guli rs des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenant un visa d'étudiant, qui est inscrite aux régimes et qui a fourni à l'Agence tous les renseignements requis, est admissible à la protection des régimes. L'admissibilité est fondée sur l'état de résidence permanente à l' le-du-Prince-Édouard et le respect de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois qui suit la date à laquelle elle a élu domicile.

  condition qu'ils s'inscrivent conformément au règlement, les immigrants r gus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants r gus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints de travail émis en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ainsi que les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ont droit à la protection du régime une fois que la date d'établissement de la résidence est fixée.

Les absences régulières de moins de six mois par année sont permises pourvu que la résidence permanente ne change pas. Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation de six mois de couverture à la condition d'en aviser l'Agence par écrit. Les étudiants doivent retourner dans la province au moins une fois durant une période de 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents de la province, mais encore au Canada, verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province ou le territoire où les services ont été dispensés (province ou territoire d'accueil), à condition que les services rendus soient conformes à ce que prévoient les règlements relatifs à la nécessité médicale.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés en dollars canadiens, à un taux ne dépassant pas le taux *per diem* de l'hôpital Queen Elizabeth,   Charlottetown. Les services hospitaliers internes non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés, sous réserve de l'approbation préalable de la *Health and Community Services Agency*, à un taux qui ne

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par la *Health and Community Services Agency*. L'Agence relève de la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes et les opérations financières.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ile-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie la où ils existent.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés : les radiographies pulmonaires au moment de l'admission à l'hôpital; les examens sérologiques de la syphilis; les commodités personnelles, comme le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; et les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés par un malade hospitalisé ou un patient externe après le congé de l'hôpital.

En plus des prestations d'hospitalisation assurées, l'Ile-du-Prince-Édouard fournit un programme de prothèses mammaires.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecin et de chirurgie dentaire nécessaires (par exemple, extraction chirurgicale de dents incluses, résection de racines) fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquels donnent droit d'autres lois provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par l'Agence; les ordonnances ou les conseils délivrés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'un traitement anticoagulant; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que l'Agence ne les ait préalablement autorisées; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans un établissement psychiatrique ou dans un établissement de désintoxication; le témoignage en cour; la chirurgie esthétique, à moins qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autre matériel appareil; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropractie, la podiatrie, l'optométrie, la chiroprodie, l'ostéopathe, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et autres traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fécondation *in vitro* (partiellement couverte); les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin traitant est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate, à moins qu'ils ne soient autorisés par l'Agence; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la *Hospital and*

Services complémentaires de santé

Le ministère provincial de la Santé assure la prestation d'un continuum complet de soins institutionnels de longue durée, de soins aux adultes en établissement et de soins prolongés, dans l'ensemble de la province.

En 1992-1993, une division des Soins prolongés a été établie au sein du ministère de la Santé, et chargée de planifier l'élaboration et la mise en oeuvre d'un cadre de guichet unique, pour les services de soins prolongés dans l'ensemble de la province. Ce cadre facilitera la coordination et la prestation d'une vaste gamme de services professionnels et de services de soutien à des clients de centres de santé communautaires. Ces services comprennent entre autres les soins à domicile, l'évaluation et le placement, les services de soutien à l'école et au foyer, les soins palliatifs, les interventions en cas d'urgence, les services de réadaptation et de relèvement.

Le ministère des Services sociaux fournit également des services de soutien au foyer par ses programmes d'assistance sociale.

type reçoivent l'approbation préalable du ministère de la Santé. Le médecin traitant doit alors communiquer avec le ministère de la Santé et le régime de soins médicaux. Toutefois, il est recommandé que le médecin obtienne l'approbation préalable de la part du régime, afin d'informer le patient des répercussions financières des services devant être fournis. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander le consentement préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour les traitements faisant partie des services non urgents dispensés à l'étranger si ces services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province
Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois qui suit le mois de leur départ. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui élisent domicile dans un autre pays.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Il n'y a aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. Le nombre total de lits dotés en personnel et utilisés se chiffre à 2 021, et il y a eu 583 620 jours-patients durant l'année financière.
Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et augmenter le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1993-1994, le régime de soins médicaux a versé 419 471 \$ en vertu de ce programme.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par la *Hospital Services Division*. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas acceptés comme remboursement, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. En 1993-1994, le régime provincial a versé 453 981 600 \$ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve. Les paiements pour les services hospitaliers à l'extérieur de la province se sont élevés à 16 713 783 \$.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu du barème d'honoraires de la *Newfoundland Medical Care Commission*.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés de temps à autre entre la *Medical Care Commission* du gouvernement provincial et la *Newfoundland Medical Association*.
Au cours de 1993-1994, le gouvernement provincial a versé 129 488 240 \$ aux médecins de la province. Ce montant comprend les versements aux médecins salariés totalisant 26 271 024 \$, ainsi qu'une somme de 419 471 \$ en vertu du plan d'incitation sus-mentionné. Pour des services fournis par des médecins de l'extérieur de la province la Commission a payé 3 376 728 \$.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui arrivent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve, de même que les membres libérés des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus libérés des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime de soins médicaux est exigée aux fins de couverture. En sus, une couverture immédiate est fournie aux personnes venant de l'étranger qui sont autorisées à travailler pour un an ou plus.

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Une personne peut prendre jusqu'à huit mois de vacances annuelles pourvu qu'elle demeure dans la province pendant quatre mois de l'année (à l'étude actuellement).

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la «facturation réciproque», entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts des consultations externes sont payés aux taux interprovinciaux ou interterritoriaux approuvés.

À l'exception du Québec, le paiement des services médicaux assurés fournis dans toute autre province ou dans un territoire est effectué en vertu d'une entente de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Les demandes d'indemnités du Québec sont également remboursées au taux de la province ou du territoire d'accueil, mais le patient les présente directement à la *Newfoundland Medical Care Commission* sans tenir compte de l'entente de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes et externes à l'extérieur du pays sont remboursés en cas d'urgence ou de maladie subite. Il en va de même pour les services non urgents, à condition qu'ils ne soient pas offerts dans la province ni ailleurs au pays.

Le maximum payable dans le cadre du régime étatique d'assurance-hospitalisation pour les soins hospitaliers dispensés à des patients hospitalisés à l'étranger est de 350 \$ par jour, si les services assurés sont fournis par un hôpital communautaire ou régional. Si les services assurés sont fournis par un hôpital de soins tertiaires, soit un établissement hautement spécialisé, le taux approuvé est de 465 \$ par jour. Le taux approuvé pour les services externes est de 60 \$ par visite et le taux approuvé pour chaque traitement d'hémodialyse est de 210 \$. Les taux pour les services externes et l'hémodialyse sont les mêmes que ceux versés aux hôpitaux canadiens pour ces types de services. Les taux approuvés sont versés en devises canadiennes et seront révisés annuellement.

Les services médicaux sont couverts pour les urgences et les maladies subites et sont aussi assurés pour les services non urgents quand ils ne sont pas disponibles dans la province ou au pays. Ils sont payés au même tarif qu'il s'appliquerait à Terre-Neuve pour le même service. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve, ils sont habituellement remboursés aux taux de l'Ontario, ou aux taux qu'il s'appliquent dans une province où les services sont disponibles.

Si un résident de la province doit obtenir des soins hospitaliers spécialisés à l'étranger parce que les services assurés ne sont pas offerts au Canada, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût de ces services. Toutefois, il est nécessaire, dans ce cas, que les demandes de consultation de ce

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ne sont pas admissibles à des prestations d'aide sociale et qui sont dirigés par un médecin spécialiste pour une greffe d'organe ou de moelle osseuse dans un centre médical canadien approuvé ont droit à une aide financière en vertu du *Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Régime de soins médicaux

Les services assurés regroupent une vaste gamme de services dispensés pour des raisons médicales par des médecins généralistes et spécialistes : les consultations au cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations, dont l'anesthésie et les services de radiologie. Un nombre limité de services de chirurgie dentaire administrés à l'hôpital sont couverts en vertu du régime, comprenant l'administration de l'anesthésie générale pour ces procédures ainsi que d'autres procédures de chirurgie dentaire non assurées et administrées à l'hôpital.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la distribution, par un médecin, de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux et la délivrance d'ordonnances; les examens comme ceux requis pour l'embauche ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les lunettes; les médicaments, les vaccins, et le coût du matériel; les services dispensés par des praticiens tels que les optométristes, les chiropraticiens, les podiatres, les ostéopathes, les denturologistes, les psychologues, les physiothérapeutes, les audiologistes et le personnel paramédical; les services ambulanciers et les autres modes de transport des malades; les comparutions en cour; tout service dispensé par un médecin à son conjoint et à ses enfants; le temps ou les frais de déplacement requis pour visiter un bénéficiaire; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les vaccinations avant un voyage; la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ou les conseils donnés par téléphone; ainsi que les services assurés en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre loi fédérale ou provinciale.

Régime de soins dentaires

En plus des services de santé assurés de base, le gouvernement provincial prévoit un régime de soins dentaires pour les enfants comprenant certains groupes de clients particuliers.

Régime de subventions de médicaments pour aînés

Le ministère provincial de la Santé prend en charge une partie des coûts des médicaments pour tous les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits au programme de la Sécurité de la vieillesse.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents assurés de la province bénéficient des deux régimes, à l'exception des membres permanents des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Aucune prime n'est exigée. Cependant, il faut s'inscrire au régime de soins médicaux et être en possession d'une carte valide pour avoir accès aux services assurés.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la province.

Le régime de soins médicaux est géré par la *Newfoundland Medical Care Commission*, organisme public mis en place par le gouvernement provincial et relevant du ministre de la Santé. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et toutes les opérations financières sont vérifiées par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services de consultation externe. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires tels que : l'hébergement et les repas selon le régime standard ou de salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, y compris les isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services de consultation externe englobent : les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs; les électro-encéphalogrammes; les cardiogrammes et la détermination du métabolisme basal; l'usage des installations de physiothérapie et de radiothérapie, y compris les isotopes radioactifs, là où c'est possible; la consultation externe et les visites d'urgence; et les salles d'opération, y compris les fournitures, les plaques, les médicaments, ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales disponibles à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou autre avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (dispositions prises par le patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les radiographies ou autres services reçus pour des raisons non médicales servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la domicile après le départ de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio à moins qu'ils ne soient utilisés aux fins d'enseignement; les échasses en fibre de verre; les services auxquels le patient a droit en vertu d'une Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; et les services liés aux avortements thérapeutiques pratiqués hors du Canada.

Le ministère de la Santé gère l'*Emergency Air Ambulance Program* pour le transport des patients à l'intérieur de la province et vers des hôpitaux à l'extérieur de la province, lorsque cela s'impose. Le programme prévoit également le transport des patients, du personnel médical et du matériel à partir de collectivités isolées ou vers des collectivités isolées. Le *Ground Emergency Ambulance Program* vise à favoriser l'accès des résidents à des services ambulanciers à un prix raisonnable. Dans les deux cas, les usagers sont tenus de payer des frais de participation.

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ne sont pas admissibles à des prestations d'aide sociale et qui ont été adressés à un centre médical approuvé pour subir un traitement qui n'est pas disponible dans la région où ils demeurent, ou dans la province, ont droit à une aide financière en vertu du *Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Au nom du Ministre, la Direction de l'assurance-santé effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions et critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* sont respectés. Ainsi, au cours de l'année qui nous intéresse, plusieurs situations portant à croire qu'il pouvait y avoir non-conformité à la loi ont été mises en évidence et les problèmes ont été résolus par la suite, alors que d'autres questions sont encore à l'étude. La Direction s'occupe aussi de consultation, d'analyse et d'administration dans le cadre de l'application de la loi.

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est alimentée par des contributions fédérales et provinciales et est également gérée par la Direction de l'assurance-santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1993-1994, aucun versement n'a été effectué. Le solde de clôture au 31 mars 1994 était de 28 386,44 \$.

En plus d'être chargées de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, les responsables de la Direction ont coordonné des activités et consulté leurs homologues provinciaux sur des questions liées à cette loi, par l'entremise de mécanismes tels que le Comité consultatif fédéral-provincial des services de santé. Ce Comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il regroupe des responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral.

Renseignements

Au chapitre de l'échange d'information, les ministres conviennent qu'il est préférable d'utiliser à pleine capacité les moyens existants et, au besoin, d'étendre ces systèmes d'échange mutuels. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs a été promulgué par le Gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les états annuels sont fournis par les ministres provinciaux de la Santé. Ces états décrivent les opérations des régimes provinciaux en relation avec la *Loi canadienne sur la santé* et sont intégrés à ce rapport.

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

La Loi canadienne sur la santé stipule :

«que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens.»

Le principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la loi conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19 (2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement. S'il est établi que la surfacturation, des frais modérateurs, ou les deux sont perçus dans une province, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale. Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément au Règlement sur l'information relative à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas les renseignements requis par le règlement, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20 (1), 20 (2) et 20 (3) de la loi.

Le paragraphe 20 (5) de la loi incite les provinces à éliminer dès le début la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, une province qui mettait fin à la surfacturation ou aux frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire avant le 1^{er} avril 1987, avait droit au remboursement du montant total des déductions effectuées. Toutes les provinces ou des frais aux usagers avaient cours ont effectivement établi ou révisé leurs lois, règlements ou pratiques de manière à se conformer aux conditions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs à la date prescrite. En conséquence, les montants retenus ont été remboursés aux provinces selon les termes de la loi. Les déductions effectuées à partir du 1^{er} avril 1987 ne devaient pas être remboursées.

Loi canadienne sur la santé – Administration

La Loi canadienne sur la santé vise à garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions et les critères auxquels doivent satisfaire les provinces et les territoires pour obtenir leur part intégrale des paiements de transfert au titre des services de santé.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux auxquels les provinces ont droit au chapitre des programmes de soins de santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la loi, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et les frais modérateurs.

Tableau III

Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé — 1993-1994 (en milliers de dollars)

Services de santé assurés	Services de santé complémentaire	Total des contributions
Terre-Neuve	140 662	29 545
Ile-du-Prince-Édouard	31 380	6 674
Nouvelle-Écosse	220 519	46 720
Nouveau-Brunswick	179 664	38 063
Québec	984 506	366 135
Ontario	2 317 439	542 649
Manitoba	268 024	56 746
Saskatchewan	240 044	50 857
Alberta	614 208	134 989
Colombie-Britannique	760 172	178 702
Yukon	6 159	1 611
Territoires du Nord-Ouest	13 449	3 173
CANADA	5 776 226	1 455 864
		7 232 0

Note : Les montants englobent les ajustements des années précédentes.

Direction de l'assurance-santé
et des services de santé
Santé Canada

Tableau II

État des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux
annuels au titre des contributions fédérales aux services de soins de santé
(en milliers de dollars)

	Droits pécuniaires pour 1990-91				Droits pécuniaires pour 1991-92				Droits pécuniaires pour 1992-93						
	Résultat du rajustement final en date du 8 mars, 1994				Résultat du 3 ^e rajustement int. en date du 1 ^{er} mars, 1994				Résultat du 2 ^e rajustement int. en date du 1 ^{er} mars, 1994						
	Services assurés		Services complé mentaires		Services assurés		Services complé mentaires		Services assurés		Services complé mentaires				
	Compliant	Fiscaux	Total	de santé	Total	Compliant	Fiscaux	Total	de santé	Total	Compliant	Fiscaux	Total	de santé	Total
Terre-Neuve	142 624	133 815	276 439	29 246	305 685	141 645	132 265	273 910	29 587	303 497	144 276	130 215	274 491	29 650	304 141
Ile-du-Prince-Édouard	32 589	30 577	63 166	6 683	69 849	32 092	29 781	61 873	6 683	68 556	31 982	29 567	61 549	6 648	68 197
Nouvelle-Écosse	224 880	210 988	435 868	46 113	481 981	224 708	208 514	433 222	46 795	480 017	228 494	206 224	434 718	46 957	481 675
Nouveau-Brunswick	181 334	170 133	351 467	37 184	388 651	183 282	170 074	353 356	38 169	391 525	185 547	168 207	353 754	38 212	391 966
Québec	978 330	2 331 026	3 309 356	350 115	3 659 471	992 996	2 349 360	3 342 356	361 032	3 703 388	1 033 423	2 341 247	3 374 670	364 522	3 739 192
Ontario	2 015 782	2 767 052	4 782 834	506 003	5 288 837	2 223 017	2 717 390	4 940 407	533 649	5 474 056	2 319 453	2 686 247	5 005 700	540 702	5 546 402
Manitoba	273 084	256 216	529 300	55 998	585 298	272 522	252 880	525 402	56 752	582 154	276 140	249 224	525 364	56 748	582 112
Saskatchewan	249 561	234 146	483 707	51 174	534 881	246 641	228 864	475 505	51 363	526 868	249 349	225 047	474 396	51 243	525 639
Alberta	598 300	615 189	1 213 489	128 382	1 341 871	605 627	621 018	1 226 645	132 499	1 359 144	630 169	612 387	1 242 556	134 217	1 376 773
Colombie-Britannique	748 602	798 000	1 546 602	163 624	1 710 226	787 371	805 482	1 592 853	172 055	1 764 908	799 911	828 095	1 628 006	175 853	1 803 859
Territoires du Nord-Ouest	11 281	16 007	27 288	2 887	30 175	12 814	16 014	28 828	3 114	31 942	13 971	15 410	29 381	3 174	32 555
Territoire du Yukon	6 664	6 467	13 131	1 389	14 520	7 005	6 669	13 674	1 477	15 151	6 880	7 291	14 171	1 531	15 702
CANADA	5 463 031	7 569 616	13 032 647	1 378 798	14 411 445	5 729 720	7 538 311	13 268 031	1 433 175	14 701 206	5 919 595	7 499 161	13 418 756	1 449 457	14 868 213

Tableau I
Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des
services de santé assurés et des services complémentaires de santé - 1993-1994
 (en milliers de dollars)

Services de santé assurés	Contributions au			Services de santé complémentaires de santé	Total de contribution
	comptant	Transferts	fiscaux	Total	
Terre-Neuve	139 955	134 536	274 491	29 650	304 14
Ile-du-Prince-Édouard	31 672	30 444	62 116	6 710	68 82
Nouvelle-Écosse	222 230	213 621	435 851	47 079	482 93
Nouveau-Brunswick	180 756	173 754	354 510	38 293	392 80
Québec	963 828	2 438 948	3 402 776	367 558	3 770 33
Ontario	2 247 128	2 822 152	5 069 280	547 569	5 616 84
Manitoba	268 664	258 259	526 923	56 917	583 84
Saskatchewan	241 546	232 189	473 735	51 172	524 90
Alberta	617 136	639 591	1 256 727	135 748	1 392 47
Colombie-Britannique	799 174	868 227	1 667 401	180 108	1 847 50
Territoires du Nord-Ouest	13 289	16 376	29 665	3 204	32 86
Territoire du Yukon	7 382	7 639	15 021	1 623	16 64
CANADA	5 732 760	7 835 736	13 568 496	1 465 631	15 034 12

Note: Les montants n'incluent pas les ajustements des années précédentes ou les déductions le cas échéants.

Direction de l'assurance-santé
 Direction générale des programmes et des
 services de santé
 Santé Canada

Ministère des Finances

le 1^{er} mars 1994

Deuxième rajustement visant l'avance autorisée

énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, concernant l'obligation pour le gouvernement de la province de communiquer des renseignements et de faire état des contributions.

Contributions et versements aux provinces

Les tableaux suivants indiquent les contributions fédérales auxquelles les provinces ont droit au titre de l'assurance-santé sous forme de paiements en espèces ou de transferts fiscaux, de même que la valeur réelle des contributions en espèces versées en 1993-1994.

Le **tableau I** est un relevé des droits pécuniaires aux provinces pour l'année financière 1993-1994. Ces données ne sont pas définitives, étant donné que l'information nécessaire pour effectuer les calculs finals ne sera pas disponible avant 1996.

Le **tableau II** indique la quote-part annuelle des provinces. Ces montants représentent les chiffres les plus récents pour les trois années précédentes pour lesquelles seules celles de 1990-1991 sont des données définitives.

Le **tableau III** indique les paiements totaux versés aux provinces au cours de l'année financière 1993-1994. Les montants représentent les transferts nets des droits en espèces versés aux provinces en 1993-1994 et les rajustements des années précédentes. Ces rajustements correspondent aux corrections provisoires apportées aux sommes versées aux provinces et dont le montant définitif ne sera établi que trois ans plus tard. Les différences sont payées en un ou plusieurs versements qui sont inclus dans les transferts mensuels en espèces versés dans le ou les mois qui suivent les calculs.

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. En vertu de ladite loi, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par habitant, dans le domaine de la santé (523,39 \$ par habitant en 1993-1994). Cette contribution augmente chaque année et est calculée d'après la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut (PNB) nominal par habitant. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par habitant, pour 1975-1976, des contributions fédérales versées aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. On multiplie ensuite cette valeur par le nombre d'habitants de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui sera versée à la province.

Au cours des dernières années, des modifications ont été apportées au facteur d'indexation à cause des restrictions budgétaires fédérales. En 1986-1987, le taux de croissance du *Financement des programmes établis* (FPE) a été limité au taux de croissance déterminé par le facteur d'indexation, moins deux points de pourcentage. Le 20 février 1990, le budget fédéral a gelé les paiements de transfert par habitant pour les années 1990-1991 et 1991-1992 au niveau de 1989-1990. Cela signifie que, pour les années 1990-1991 et 1991-1992, le montant des paiements de transfert changera en fonction de la population de chaque province, soit une augmentation estimée à 1 p. 100 à l'échelle nationale. Le 26 février 1991, le budget a prolongé ce gel au niveau de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Pour l'année 1995-1996, des modifications à l'élégislation feront en sorte que les contributions versées en vertu des programmes établis (FPE) seront augmentées en fonction du facteur d'indexation, moins trois points de pourcentage. Les augmentations seront toujours au moins égales au taux d'inflation.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en espèces et en un transfert fiscal égalisé. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces en vertu du FPE. En vertu de la Partie VII de la loi, le Québec a reçu un abatement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la Loi sur les programmes établis (accords provisoires).

Pour déterminer les montants payables aux provinces pour les soins de santé, on établit d'abord la valeur totale du transfert d'impôt. Ensuite, ce transfert fiscal égalisé est déduit de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, au titre des services de santé assurés. La différence est versée à chaque province sous forme de contribution mensuelle en espèces, si le régime provincial satisfait aux critères et conditions énoncés dans la Loi canadienne sur la santé.

Les provinces reçoivent également un montant égal par habitant pour les services complémentaires de santé. Ces services sont définis dans la Loi canadienne sur la santé. Ce montant, qui était établi à 20 \$ par habitant en 1977-1978, est augmenté chaque année selon le même facteur de progression que celui utilisé pour les contributions en matière de santé. En 1993-1994, ce montant était de 51,02 \$ (ce montant fait partie de la contribution par habitant de 523,39 \$ mentionnée ci-dessus). Cette somme est payable aux provinces, pourvu qu'elles respectent les deux conditions

ou les conditions relatives à la communication des renseignements et à la reconnaissance de l'apport fédéral, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au Gouvernement en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le Gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de satisfaire à l'un des critères ou l'une des conditions, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

La loi peut, par règlement, prendre toute mesure d'application concernant :

- a) Les services complémentaires de santé
Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définiraient de façon plus détaillée les services considérés par la loi comme des «services complémentaires de santé». Il est précisé dans le texte législatif que les règlements ne peuvent être adoptés qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient essentiellement les mêmes que ceux adoptés en vertu de la Loi de 1977.

- b) Les services exclus des services hospitaliers
Suivant la définition contenue dans la loi (article 2), les services hospitaliers englobent tous les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services expressément exclus par les règlements.
En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'«exclusion» de certains services. Les règlements de la Loi canadienne sur la santé concernant les services exclus des services hospitaliers auraient pour objet de maintenir les précédents établis et d'énumérer les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne seraient pas considérés comme des services hospitaliers assurés.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il ne peut être établi de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province.

- c) L'information
Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé. Seuls les règlements concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ont été promulgués jusqu'à présent.

- d) La reconnaissance des contributions et montants versés par le Canada
Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

d) Transférabilité
Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, la province d'origine doit assumer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence ne dépassant pas trois mois.

Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent être pris en charge de la façon suivante :

- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être conforme au taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe d'autres accords entre les provinces. Un consentement préalable peut être nécessaire pour les services facultatifs, et le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.
- Un consentement préalable peut être nécessaire pour les services facultatifs, et le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

Un consentement préalable peut être également nécessaire pour les services facultatifs.

e) Accessibilité

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit :

- prévoir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et prévoir aux assurés un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autre;
- prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent; et
- prévoir le versement de montants aux hôpitaux relativement au coût des services de santé assurés.

Conditions

En plus des critères susmentionnés, pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant versé à l'égard des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions suivantes :

- fournir les renseignements dont le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social peut avoir besoin pour l'application de cette loi et qu'il peut déterminer par règlements; et
- faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prescrite par les règlements.

Autres dispositions

Il y a aussi des dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs qui sont décrites aux articles 18 et 19.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit également un processus de consultation dans le cas de questions de conformité en ce qui concerne les critères ou les renseignements et les conditions de visibilité. Dans le cas où le Ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne respecte pas un critère

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a pour raison d'être :

« d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province. »

Ces critères et conditions, ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, sont exposés aux articles 7 à 12 de même qu'aux articles 13, 18 et 19 de la loi. Les critères et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés et non aux services complémentaires de santé. Seules les conditions de versement, qui sont énoncées à l'article 13, s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés définis par la Loi canadienne sur la santé comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en centre d'accueil, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Les services font partie d'une gamme complète de services sanitaires et sociaux. Ils sont offerts, par l'entremise de différents établissements et programmes communautaires et institutionnels, aux résidents d'une province quelconque. La plupart des bénéficiaires de ces services sont âgés de 65 ans et plus.

Afin de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la loi de 1977 (Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé), chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux critères et conditions qui suivent :

Critères

a) *Gestion publique*
Aux termes de l'article 8, le régime d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

b) *Intégralité*
Aux termes de l'article 9, le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

c) *Universalité*
L'article 10 prévoit que 100 p. 100 des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

Introduction

La Loi canadienne sur la santé a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La loi, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, abolissait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Subséquentement, des modifications ont été apportées à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis (Loi sur le FPE); la nouvelle loi s'appelle maintenant Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé, à savoir :

«Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celles-ci suivant son achèvement.»

Les provinces^{*} sont tenues de fournir les renseignements que le Ministre juge nécessaires sur le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé en rapport avec les critères et conditions définis dans la loi.

Une grande partie du présent rapport est consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les critères et conditions énoncés dans la loi. Cette description est suivie dans chaque cas d'un aperçu des services complémentaires de santé offerts, conformément aux exigences de la loi.

Le rapport résume également les principales dispositions de la loi, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement.

Quant à l'information quantitative, l'on peut obtenir de plus amples renseignements auprès d'organismes tels que la Direction générale de la politique et de la consultation de Santé Canada, et auprès de Statistique Canada.

* Toute référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

Table des matières

Page

4	Introduction
	Apérçu de la Loi canadienne sur la santé
5	Critères
6	Conditions
6	Autres dispositions
7	Règlements
	Contributions et versements du gouvernement fédéral
8	Accords fédéraux-provinciaux de financement
8	dans le domaine de la santé
9	Contributions et versements aux provinces
	Tableau I
	Droits pécuniaires aux provinces et territoires
	à l'égard des services de santé assurés et des
	services complémentaires de santé — 1993-1994
10	Tableau II
	Etat des droits pécuniaires provinciaux et
	territoriaux annuels au titre des contributions
	fédérales aux services de soins de santé
11	Tableau III
	Paielements au comptant effectués au titre des
	contributions aux programmes des soins
	de santé — 1993-1994
12	Dispositions concernant la surfacturation et
13	les frais modérateurs
13	<i>Loi canadienne sur la santé - Administration</i>
14	Renseignements
	Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux
15	Terre-Neuve
20	Ile-du-Prince-Edouard
24	Nouvelle-Ecosse
28	Nouveau-Brunswick
33	Québec
38	Ontario
43	Manitoba
48	Saskatchewan
53	Alberta
59	Colombie-Britannique
65	Yukon
69	Territoires du Nord-Ouest

Avant-propos

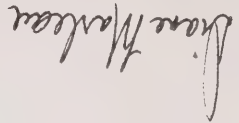
Les Canadiens et les Canadiennes accordent une grande importance à l'assurance-santé. Notre gouvernement s'est engagé à la préserver en maintenant les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Selon ces principes, les services médicalement nécessaires sont transférables, payés à l'avance et accessibles à toutes les personnes résidant au Canada.

La position du gouvernement actuel est de protéger et de préserver les fondements du système de soins de santé. Cet engagement, énoncé dans le *Livre rouge*, a été réaffirmé par le Premier ministre quand il a déclaré que son gouvernement était fermement résolu à maintenir en place le système actuel, notamment la gratuité et la transférabilité des soins de santé.

Notre approche en la matière est sensiblement différente de celle du gouvernement précédent. Nous continuerons à traiter, de façon raisonnable et cohérente, les cas de non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé*, qui mettent en danger l'esprit et l'intention de cette loi. Déjà, nous avons déduit certains montants des paiements de transfert destinés à la Colombie-Britannique pour la prestation des soins de santé, en raison de la surfacturation pratiquée dans cette province. Comme les déductions ont été appliquées depuis mai 1994 et couvrent une période remontant à février 1993, elles apparaîtront dans le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'année se terminant le 31 mars 1995.

Les cas de non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas tous aussi précis ni aussi graves. À titre d'exemple, j'ai exprimé certaines réserves en ce qui concerne les frais pour les services de santé médicalement nécessaires fournis en clinique privée. Il existe des mécanismes qui permettent de régler certaines questions, par exemple, des groupes de travail fédéral-provinciaux. D'autres questions sont liées à des poursuites qui sont présentement devant les tribunaux.

Notre système de soins de santé est confronté à de nombreux défis. En collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, nous avons relevé ces défis tout en tenant compte des ressources très limitées dont nous disposons. Les Canadiens et les Canadiennes attendent des gouvernements qu'ils préservent le système de soins de santé. Pour sa part, le gouvernement fédéral prouve sa volonté de répondre à ces attentes par son engagement à maintenir les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et à travailler avec les provinces et territoires et les autres participants.



Diane Marleau

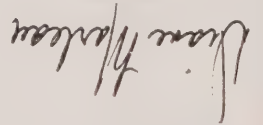
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

*Son Excellence le très honorable Ramon John Hnatyshyn,
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'année financière terminée le 31 mars 1994.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Diane Marleau
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994
Cat. H1-4/1994
ISBN 0-662-61467-4

Loi canadienne sur la santé

Rapport Annuel

1993-1994





Health
Canada

Santé
Canada

Governm
Publicatio

CAI
HW
- ASI

Canada Health Act Annual Report 1994-1995



Canada

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

This publication is available in electronic format or in large print upon request.

©Minister of Supply and Services Canada, 1995

Cat. H1-4/1995

ISBN 0-662-62059-3

*His Excellency, the Right Honourable Roméo Leblanc, Governor
General and Commander-in-Chief of Canada*

May it please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1995.

Respectfully submitted,

A handwritten signature in dark ink, reading "Diane Marleau". The signature is written in a cursive style with a large, looped initial "D".

Diane Marleau
Minister of National Health and Welfare

Preface

Fiscal year 1994-95 has been a significant one for the Canadian health care system. In last year's preface to the *Canada Health Act Annual Report*, I mentioned this government's very real commitment to the principles of the *Canada Health Act*. I am pleased to report that we have put this commitment into action and that we are continuing to address outstanding *Canada Health Act* issues in a consistent, coherent, and comprehensive manner. Our dedication to the health care system has been demonstrated through the announcement of the federal government's intention to stabilize its contributions to the provinces and territories under the new Canada Health and Social Transfer, the implementation of the policy on facility fees charged by private clinics, and the deductions from transfers to British Columbia for extra-billing.

For the first time since 1987, transfer payment deductions will appear in this report. From May 1994, until September 1995, deductions totalling \$2.025 million, were made from British Columbia's transfer payments for extra-billing by its doctors. Because some deductions were made after March 31, 1995, they will appear in the *Canada Health Act Annual Report* for the fiscal year ending March 31, 1996. I am pleased to report that British Columbia has passed legislation banning extra-billing by its physicians effective September 30, 1995.

My concerns about the development of a two-tiered health care system and the emergence of private clinics charging facility fees for medically necessary services led to my interpretation letter of January 6, 1995, to all provincial and territorial Ministers of Health. In that letter, I announced the federal government's new policy respecting facility fees at private clinics. Provinces and territories were given more than nine months, or until October 15, 1995, to eliminate facility fees for medically necessary insured services charged by private clinics. As of that date, those provinces that had not taken measures to eliminate facility fees would face deductions from their transfer payments. The private clinics policy is about maintaining equality of access to medically necessary services. As the Prime Minister said in the House of Commons on September 20, 1995, "We want the same health care system for everybody."

The federal government has a role to play in maintaining national standards in health care. Federal health transfers to the provinces and territories are substantial and we announced the government of Canada's commitment to maintaining a stable and ongoing level of cash contributions. This is but one way in which the federal government continues to demonstrate its serious commitment to health care. Others include our work in the areas of research, health information, prevention and promotion, and health system renewal with provinces and territories and other stakeholders.

This government will not back away from its commitment to protect medicare. We will continue to ensure that all Canadians have access to a high quality health care system that is responsive, effective and affordable.

Table of Contents

	Page
Introduction	4
<i>Canada Health Act</i> Overview	
Criteria	5
Conditions	6
Other	6
Regulations	6
Federal Contributions and Payments	
Federal-Provincial Health Financing Arrangements	8
Contributions and Payments to the Provinces	8
Table I	
Provincial and Territorial Entitlements in Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services — 1994-95	10
Table II	
Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements in Respect of Federal Contributions to Health Care Services	11
Table III	
Cash Payments in Respect of Health Care Contributions Programs — 1994-95	12
Table IV	
Summary of Deductions Under the <i>Canada Health Act</i>	13
Extra-Billing/User Charges Provisions	14
<i>Canada Health Act</i> Administration	14
Information	15
Provincial and Territorial Health Care Insurance Plans	
Newfoundland	16
Prince Edward Island	20
Nova Scotia	24
New Brunswick	28
Quebec	32
Ontario	37
Manitoba	42
Saskatchewan	46
Alberta	50
British Columbia	55
Yukon	60
Northwest Territories	64

Introduction

The *Canada Health Act* received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The *Act*, which came into force on April 1, 1984, repealed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*. Consequential amendments were made to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (EPF Act)*, including the change of its name to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977 (Act of 1977)*.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in section 23 of the *Canada Health Act*, namely that

"The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act, and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed."

Provinces* are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the *Act* on the operation of their health care plans as they relate to the criteria and conditions of the *Act*.

Much of this report contains a province-by-province description of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. As well, in order to further fulfil the conditions of the *Act*, the activities with regard to extended health care services are described at the end of each provincial section.

The report also describes such areas as the key provisions of the *Act*, the federal administration of the *Act*, the consultation process and the federal-provincial financing arrangements.

With respect to quantitative information, detailed information of this nature is available through such sources as the Policy and Consultation Branch of Health Canada, and Statistics Canada.

*Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

Canada Health Act Overview

The purpose of the *Canada Health Act* is to

"establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law."

These criteria, conditions and provisions relating to extra-billing and user charges are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the *Act*. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS.

The insured health services defined by the *Canada Health Act* include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Under the *Canada Health Act*, extended health care services (EHCS) payments are made in respect of nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are aged 65 years and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the *Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977)* in each fiscal year are:

Criteria

a) *Public Administration*

Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

b) *Comprehensiveness*

Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

c) *Universality*

Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

d) *Portability*

In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months.

For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

- insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services; and

- services out-of-country are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province.

Prior approval may also be required for elective services.

e) *Accessibility*

By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

- insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;
- reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered; and
- payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

- the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this *Act*, and may prescribe in regulations; and
- the appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in regulations.

Other

There are also provisions relating to extra-billing and user charges, and these are described in sections 18 and 19.

The *Canada Health Act* also prescribes a consultation process in the case of compliance questions concerning the criteria or the information and visibility conditions. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province of his/her concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The *Act* provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

a) *Extended Health Care Services*

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the *Act* as "extended health care services". The *Act* requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made in this respect, unless the regulations are substantially the same as those made under the *Act of 1977*.

b) *Hospital Services Exclusions*

Hospital Services are defined in the *Act* (section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulations.

Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the *Canada Health Act* would be to embody established precedents and list those services that may be delivered in a hospital setting but that would not be considered insured hospital services.

Under the *Canada Health Act*, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions. To date, no regulations of the type described in a) and b) have been promulgated.

c) *Information*

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the *Act*, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are regulations of this type.

d) *Recognition of Contributions and Payments by Canada*

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the *Act*. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

Federal Contributions and Payments

Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. Under the *Act*, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions (\$523.39 per capita in 1994-95) escalated annually. The escalator, a three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita, is applied to the 1975-76 federal contributions per capita to provincial hospital and medical insurance plans, then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

In past years, adjustments were made to the escalator because of the need to restrain federal expenditures. In 1986-87, Established Programs Financing (EPF) growth was limited to the rate of growth as determined by the escalator, less two percentage points. The February 20, 1990, federal budget froze per capita transfers for 1990-91 and 1991-92 at the 1989-90 level. This meant that the transfer payments for 1990-91 and 1991-92 would be adjusted only according to changes in the population of each province, or an estimated one percent increase nationally. The February 26, 1991, budget further extended this freeze at the 1989-90 level to 1994-95. For 1995-96, legislation provides for EPF entitlements to grow in accordance with the escalator, less three percentage points.

Health contributions to the provinces consist of both cash and an equalized tax transfer. Under EPF, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec, an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the *Act* as a special abatement originating under the *Established Programs (Interim Arrangements) Act*.

In order to determine cash amounts payable to the provinces for health care, the total value of the tax transfer is first determined. This equalized tax transfer is then subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference is paid in the form of a monthly cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*.

Provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services. These services are defined in the *Canada Health Act*. This payment, which was initially set at \$20 per capita for 1977-78, is escalated annually by the same escalator applied to the health contributions. In 1994-95, this payment was \$51.02 (part of the \$523.39 per capita contribution mentioned above). It is payable to the provinces provided the two conditions of information and recognition set out in the *Canada Health Act* are satisfied.

Contributions and Payments to the Provinces

The following tables depict the federal health contributions to which provinces are entitled in terms of cash and tax transfers, and the actual value of cash contributions made in 1994-95.

Table I presents the amounts of federal contributions to which provinces were entitled for fiscal year 1994-95. These are advance figures, since all the information required to calculate actual provincial entitlements will not be available until 1996.

Table II provides the current status of provincial annual entitlements. These amounts represent the latest figures for the three prior years for which only those for 1991-92 have been finalized.

Table III reports on the total payments made to the provinces in fiscal year 1994-95. The amounts reflect the net transfers of 1994-95 cash payments including prior years' adjustments and deductions for extra-billing and user charges where applicable. The adjustments represent the interim

revisions to annual provincial entitlements that are not finalized until three subsequent years have passed. These differences are adjusted in whole or by instalment and are included with the monthly cash transfers in the month(s) following the calculations.

Table IV is a summary of deductions pursuant to the *Canada Health Act*.

Table I

**Provincial and Territorial Entitlements in Respect of Insured Health Services
and Extended Health Care Services — 1994-95**
(in thousands of dollars)

	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions
	Cash Contributions	Tax Transfers	Total		
Newfoundland	139,225	135,975	275,200	29,726	304,926
Prince Edward Island	32,118	31,368	63,486	6,858	70,344
Nova Scotia	223,939	218,714	442,653	47,814	490,467
New Brunswick	181,402	177,170	358,572	38,732	397,304
Quebec	954,613	2,484,110	3,438,723	371,441	3,810,164
Ontario	2,295,002	2,863,650	5,158,652	557,223	5,715,875
Manitoba	270,204	263,899	534,103	57,692	591,795
Saskatchewan	242,842	237,175	480,017	51,850	531,867
Alberta	602,039	680,668	1,282,707	138,554	1,421,261
British Columbia	823,803	905,573	1,729,376	186,802	1,916,178
Northwest Territories	13,319	17,054	30,373	3,281	33,654
Yukon	7,033	7,185	14,218	1,536	15,754
CANADA	5,785,539	8,022,541	13,808,080	1,491,509	15,299,589

Note: Amounts do not include prior years' adjustments or deductions where applicable.

Health Insurance Division
Intergovernmental Affairs Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada

Department of Finance
March 1, 1995
2nd Adjustment Towards Advance Entitlement

Table II

**Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements
in Respect of Federal Contributions to Health Care Services
(in thousands of dollars)**

	1991-92 Entitlements Result of Final Calculation Dated October 7, 1994				1992-93 Entitlements Result of 4th Interim Adjustment Dated March 1, 1995				1993-94 Entitlements Result of 2nd Interim Adjustment Dated March 1, 1995			
	Insured Services			Extended Health Care Services	Insured Services			Extended Health Care Services	Insured Services			Extended Health Care Services
	Cash	Tax	Total		Cash	Tax	Total		Cash	Tax	Total	
Newfoundland	142,075	131,835	273,910	29,587	145,997	129,534	275,531	29,762	144,470	131,533	276,003	29,813
Prince Edward Island	32,092	29,781	61,873	6,683	32,938	29,225	62,163	6,715	32,909	29,963	62,872	6,791
Nova Scotia	224,708	208,514	433,222	46,795	231,297	205,216	436,513	47,151	230,118	209,512	439,630	47,488
New Brunswick	183,282	170,074	353,356	38,169	188,446	167,198	355,644	38,416	186,824	170,095	356,919	38,553
Quebec	992,996	2,349,360	3,342,356	361,032	1,052,597	2,324,057	3,376,654	364,737	1,032,117	2,379,823	3,411,940	368,548
Ontario	2,223,017	2,717,390	4,940,407	533,649	2,356,752	2,665,339	5,022,091	542,472	2,367,199	2,732,785	5,099,984	550,886
Manitoba	272,522	252,880	525,402	56,752	279,853	248,298	528,151	57,049	278,110	253,206	531,316	57,391
Saskatchewan	246,641	228,864	475,505	51,363	252,422	223,958	476,380	51,457	250,121	227,723	477,844	51,615
Alberta	605,627	621,018	1,226,645	132,499	634,416	614,706	1,249,122	134,927	619,987	648,455	1,268,442	137,014
British Columbia	787,371	805,482	1,592,853	172,055	811,837	826,892	1,638,729	177,011	822,096	862,594	1,684,690	181,975
Northwest Territories	12,814	16,014	28,828	3,114	14,049	15,427	29,476	3,184	13,558	16,390	29,948	3,235
Yukon	7,005	6,669	13,674	1,477	7,174	7,091	14,265	1,541	7,528	6,832	14,360	1,551
CANADA	5,730,150	7,537,881	13,268,031	1,433,175	6,007,778	7,456,941	13,464,719	1,454,422	5,985,037	7,668,911	13,653,948	1,474,860
							14,919,141					15,128,808

Health Insurance Division
Intergovernmental Affairs Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada

Table III

Cash Payments in Respect of Health Care Contributions Programs — 1994-95
(in thousands of dollars)

	Insured Health Services	Extended Health Care Services	Total Contributions
Newfoundland	145,891	29,934	175,825
Prince Edward Island	34,045	6,988	41,033
Nova Scotia	234,110	48,204	282,314
New Brunswick	190,369	39,196	229,565
Quebec	981,455	372,247	1,353,702
Ontario	2,401,497	560,992	2,962,489
Manitoba	283,363	58,374	341,737
Saskatchewan	254,132	52,319	306,451
Alberta	621,437	140,086	761,523
British Columbia	848,197	188,997	1,037,194
Northwest Territories	13,666	3,322	16,988
Yukon	7,473	1,474	8,947
CANADA	6,015,635	1,502,133	7,517,768

Note: Amounts include prior years' adjustments, and deductions where applicable.

Health Insurance Division
Intergovernmental Affairs Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada

Table IV

Summary of Deductions Under the *Canada Health Act*

	1992-93			1993-94			1994-95		
	User Charges	Extra-Billing	Total	User Charges	Extra-Billing	Total	User Charges	Extra-Billing	Total
Newfoundland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prince Edward Island	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nova Scotia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
New Brunswick	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quebec	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ontario	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manitoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saskatchewan	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alberta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
British Columbia	0	83,000	83,000	0	1,223,000	1,223,000	0	676,000	676,000
Northwest Territories	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yukon	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANADA	0	83,000	83,000	0	1,223,000	1,223,000	0	676,000	676,000

Note: Extra-billing for fiscal years 1992-93 and 1993-94 deducted from 1994-95 transfer payments.

Health Insurance Division
Intergovernmental Affairs Directorate
Policy and Consultation Branch
Health Canada

Extra-Billing/User Charges Provisions

The *Canada Health Act* states that

"continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians."

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the *Act* intended to discourage extra-billing and user charges.

The *Act* stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan that have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the Minister of National Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1), 20 (2) and 20 (3) of the *Act*.

Subsection 20 (5) of the *Act* provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the *Act*, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded. All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charges conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the *Act*. Any deductions made beginning April 1, 1987 were not to be refunded.

Canada Health Act Administration

The *Canada Health Act* aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the provinces and territories to satisfy in order to qualify for their full share of the federal transfers for health care services.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are entitled. The Minister of National Health and Welfare is responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the *Canada Health Act*, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Insurance Division administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the *Canada Health Act*. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and subsequently resolved, while some cases are currently under review. The Division also carries out the consultative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the *Act*.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which consists of federal and provincial contributions and is administered by the Health Insurance Division, provides for payment of claims in such cases. During 1994-95, no payments were made from this fund. The balance of the fund on March 31, 1995, was \$28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the *Canada Health Act*, officials co-ordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the *Canada Health Act*, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Services. This committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial officials, as well as representatives of the federal government.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. There are Extra-Billing and User Charges Information Regulations that were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the *Canada Health Act* and are incorporated in the production of this report.

Newfoundland

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the provincial Department of Health.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services include: laboratory and radiological procedures including radioactive isotopes; electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations; use of physiotherapy and radiotherapy facilities, including radioactive isotopes where available; out-patient and emergency visits; and operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs, and medical and surgical supplies available in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; fibreglass splints; services covered by workers' compensation legislation or by other federal or provincial legislation; and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

The Department of Health administers the Emergency Air Ambulance Program for the transportation of patients within the province and to hospitals outside the province where warranted. Also included in the program is the conveyance of patients, medical staff and equipment to and from isolated communities. The Ground Emergency Ambulance Program assists in making ambulance services available to all residents at a reasonable rate. In both cases, the users are required to pay co-payment charges.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is not eligible for social assistance and who has been referred to an approved medical centre for treatment that is unavailable in the area where he or she lives, or in the province, is eligible for financial assistance under the Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is not eligible for social assistance and who is referred by a medical specialist for a bone marrow or organ transplant at any of the approved Canadian medical centres is eligible for financial assistance under the Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations, including anaesthesia; and radiology services. A limited number of in-hospital surgical-dental services are covered by the Plan including the administration of general anaesthesia for these procedures and for other non-insured dental-surgical procedures carried out in hospitals.

The following services are not covered by the Plan: the dispensing by a physician of medicines, drugs or medical appliances and the issuing of prescriptions; examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; eyeglasses; drugs, vaccines and cost of materials; services rendered by practitioners such as optometrists, chiropractors, podiatrists, osteopaths, denturists, psychologists, physiotherapists, audiologists and paramedical personnel; ambulance services and other forms of transportation of patients; testimony in court; any services rendered by a physician to the spouse and children of the physician; the time taken or expenses incurred in travelling to consult a beneficiary; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; and services covered by workers' compensation legislation or other federal or provincial legislation.

Dental Health Plan

In addition to the basic insured health services, the provincial government provides a children's dental health plan.

Seniors Drug Subsidy Plan

The provincial Department of Health provides a senior citizens' drug subsidy program for all residents over 65 years of age who are in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government and who are registered with Old Age Security.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage, with the exception of regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and persons serving a prison term in a federal penitentiary. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival, as are discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries. For coverage to be effective, however, registration is required under the Medical Care Plan. As well, immediate coverage is provided to persons from outside Canada who are authorized to work for one year or more.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Persons may take an annual vacation of up to eight months, provided four months of the year are spent in the province.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Claims for medical services received in Quebec are submitted by the patient to the Newfoundland Medical Care Commission for payment at host province rates.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital in-patient and out-patient services are covered for emergency or sudden illness. Elective hospital services are also insured when they are not available in the province or in the country.

The maximum amount payable by the government's hospitalization plan for out-of-country in-patient hospital care is \$350 per day if the insured services are provided by a community or regional hospital. Where insured services are provided by a tertiary care hospital — a highly specialized facility — the approved rate is \$465 per day. The approved rate for out-patient services is \$62 per visit and haemodialysis is \$215 per treatment. The out-patient and haemodialysis rates are the same rates as paid to Canadian hospitals for these services. The approved rates are paid in Canadian funds and will be reviewed annually.

Physician services are covered for emergency or sudden illness, and are also insured for elective services, when they are not available in the province or in the country. They are paid at the same rate as would be paid in Newfoundland for the same service. If the services are not available in Newfoundland, they are usually paid at Ontario rates, or at rates that apply in a province in which they are available.

If a resident of the province has to seek specialized hospital care outside Canada because the insured service is not available in Canada, the provincial health insurance plan will pay the costs of these services. However, it is necessary in these circumstances for such referrals to receive prior approval from the Department of Health. In these cases, the referring physicians must contact the Department of Health and the Medical Care Plan.

Prior consent is not required for physician services, however, it is suggested that physicians obtain prior approval from the Plan so that patients may be made aware of any financial implications. General practitioners and specialists may request prior consent on behalf of their patients. Prior consent is not granted for out-of-country treatment of elective services if the service is available in the province or in another part of Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of departure. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. Beds staffed and in operation totalled 1,940 and there were 554,732 patient days in the fiscal year.

An incentive plan is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1994-95, \$106,316 was paid out under this program by the Medical Care Plan.

Payment to Hospitals

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospital Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not reimbursed, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1994-95 to public hospitals in Newfoundland totalled \$456,436,000. For out-of-province hospital services, payments totalled \$16,374,000.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with the Newfoundland Medical Care Commission payment schedule. Total payments are reduced to stay within a negotiated annual budget.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1994-95, payments to in-province physicians totalled \$132,517,172. This figure includes salaried physician payments in the amount of \$27,127,328 as well as incentive payments of \$106,316 as described above. For physician services provided out-of-province, the Commission paid \$3,760,265.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Department of Health provides for the delivery of a full continuum of institutional long-term care, adult residential care and continuing-care services throughout the province.

In 1993, government began a major initiative to consolidate community-based health services under the direction of regional community health boards. The focus of the Department of Health's activities in reorganizing and strengthening community health services was to provide more appropriate preventive, support and home care services to help people avoid illness, and delay or reduce the need for institutional care.

Within its mandate, the regional boards will implement a single entry system for continuing-care services. This will facilitate the coordination and delivery of a wide range of professional and support services to community health clients. They include home care, assessment and placement, school and home support, palliative care, emergency response, rehabilitation and respite services.

The Department of Social Services also provides home support services through social assistance programs.

Prince Edward Island

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Health and Community Services Agency. The Agency is accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under section 2 of the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available.

The following hospital services are declared to be non-insured: hospital admission chest x-rays; syphilis serology; personal conveniences, including telephones and televisions; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; and drugs, biologicals, and prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

In addition to the insured hospital benefits, Prince Edward Island also provides a breast prosthesis program.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (for example, surgical removal of impacted teeth, root resection) provided to insured persons.

The following services are not insured: services that persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Agency; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval is received from the Agency; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropractic, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization (partially covered); services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Agency; laboratory or radiology services provided for under the provincial *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*; any other services that the Agency may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

In addition to the basic insured health services, the province also provides: an ambulance subsidy program, which provides a subsidy to ambulance operators in order to reduce the cost to Island residents; routine dental care for children; an ocular prosthesis program for children and youths up to 18 years of age; and a drug cost assistance plan for seniors and certain client groups.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police or persons on student visas, who has registered under the Plans and provided the Agency with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residence and full compliance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Every person registering for insured services under the Plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence.

Providing registration requirements as set out in the Regulations are complied with, landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, persons living in the province under the authority of a work permit issued under the *Immigration Act (Canada)*, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries are entitled to benefits once the date of residence is established.

Regular annual absences of less than six months per year are allowed, provided permanent residence does not change. Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of up to six months of coverage provided the Agency is notified in writing. Students must return to the province at least once during the 12-month period.

Payment Arrangements In-Canada

All insured persons temporarily absent from the province but still in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province or territory where such services have been rendered (host province or territory rate) provided the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient insured services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at a rate not exceeding the per diem rate of the Queen Elizabeth Hospital in Charlottetown, payable in Canadian funds.

Hospital in-patient elective services not available in Canada are paid, with prior approval of the Health and Community Services Agency, at a rate not to exceed the total amount payable for in-patient services at the hospital, including room and board and medically necessary hospital services and are payable in appropriate funds, depending on the country of origin.

Hospital out-patient services, received under emergency or sudden illness circumstances, are paid at P.E.I. rates, or appropriate Canadian rates where applicable, payable in Canadian funds.

Hospital out-patient elective services not available in Canada, with prior approval of the Health and Community Services Agency, are paid at a rate of 100 percent of the approved hospital charges.

Physician charges received in circumstances of emergency or sudden illness are payable at P.E.I. Schedule of Fees, in Canadian funds.

Payment for physician charges for elective services, not available in Canada, is at 100 percent of physician fees if prior approval has been obtained from the Health and Community Services Agency, and is paid in appropriate funds, depending on the country of origin.

Prior written approval is necessary if the patient is seeking non-emergency medical treatment outside of P.E.I. Requests can come from general practitioners or specialists.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents are eligible for all benefits under the Plan during the interprovincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan until the day of departure from Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both Plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1994-95, there were six acute care hospitals in the province with a total of 496 (excludes newborns) beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 30,476 (excludes newborns) and total patient days were 163,614 (excludes newborns).

Payment to Hospitals

The Agency establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon, primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1994-95, hospitals in the province received an estimated \$84,070,032 for capital and operating expenses. Other services such as blood transfusion and ambulance services received an estimated \$2,603,546. Agency payments for out-of-province hospital services were an estimated \$12,460,808.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Agency, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the Dental Association have resulted in signed agreements relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1993, to March 31, 1995.

During 1994-95, payments to physicians in the province totalled an estimated \$28.853 million. For physician services provided out-of-province, the Agency paid approximately \$2.529 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended care services are primarily provided through the Residential Services Branch within the five Regional Authorities of the Health and Community Services System. Adult residential care and nursing home intermediate care services are primarily available in regionally operated manors and in licensed private nursing homes. The Health and Community Services Agency provides funding to the regions, if necessary, toward 90 percent of beds in government-operated manors and 50 percent of

beds in private nursing homes. Sponsorship is according to urgency of need as assessed in both functional and financial terms.

The *Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988*, transferred the licensing of private nursing homes to a Board that reports to the Minister of Health and Social Services. The Health and Community Services Agency provides staff support to the Board, conducts inspections and assesses residents for appropriateness of level of care. The same assessment tool is now used for clients at all levels of care in all long-term care facilities.

In addition, home support services are provided by the Regional Authorities.

Nova Scotia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan.

Since September 1991, the Medical Services Insurance Plan has been administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Insured Programs Management Branch of the Department of Health and Maritime Medical Care Incorporated. At that time, the Health Services and Insurance Commission was integrated with the Department; legislation was passed in June 1992 to formalize the change. Maritime Medical Care Incorporated is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program. It must submit a report on its accounts and activities concerning the Plan to the Minister for each fiscal year. The books, records and accounts of Maritime Medical Care Incorporated must relate to its duties, functions and responsibilities under its agreement with the Department.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health, and of Maritime Medical Care Incorporated, as they pertain to both plans.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory and radiological examinations; diagnostic procedures involving the use of radiopharmaceuticals; electroencephalographic examinations; use of occupational and physiotherapy facilities, where available; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; services other than medical services provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic and the Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia; ultrasonic diagnostic procedures; home parenteral nutrition; and haemodialysis and peritoneal dialysis.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; telephones; televisions; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; cosmetic surgery; reversal of sterilization procedures; surgery for sex reassignment; *in vitro* fertilization; procedures performed as part of clinical research trials; and services required by third parties (such as insurance companies) that are not deemed medically necessary.

The Department of Health administers the Breast Cancer Screening Program.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed to be medically required." Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the *Workers' Compensation Act* or under any other federal or provincial legislation; mileage, travelling or detention time; telephone

advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunizations or inoculations unless approved by the Department; preparation of certificates or reports; testimony in court; services in connection with an electrocardiogram, electromyogram or electroencephalogram, unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; acupuncture; reversal of sterilization; and *in vitro* fertilization.

In addition to the basic insured health services, limited coverage is also provided for: vision analyses by optometrists for children and seniors; prescription drugs for seniors; a special drug program for sufferers of a specific chronic disease condition; a children's dental plan; a special dental program for certain client groups; prosthetic services including coverage for breast prostheses; and an ambulance subsidy program.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to receive insured hospital services. In addition, Nova Scotians are insured for emergency services provided outside the country for insured residents to the limits of the Nova Scotia fee schedule. These hospital and medical services are made available upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage for 100 percent of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his/her home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient or a visitor to Nova Scotia." Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First-day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, discharged inmates of federal penitentiaries, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of coverage. Students normally resident in Nova Scotia who are in full-time attendance at school outside the province will be covered provided they return home at least once every 12 months.

Payment Arrangements In-Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements. Hospital care services are paid for at the per diem of the host hospital, and medical care services are paid for according to the tariff of the host province or territory. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the Plan or may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services, as the result of an accident or sudden illness while temporarily absent from Canada, are covered in Canadian funds.

Hospital services are paid for at the lesser of two rates: a rate calculated on the basis of the average per diem of the Halifax metro hospitals at the time services are rendered, or at the per diem of the hospital providing the service.

Unapproved non-emergency or elective treatment, unreferred hospital services received in a psychiatric hospital or addiction centre outside Canada, and hospital out-patient services are excluded from out-of-country coverage.

Out-of-country physician services, as the result of an accident or sudden illness during a temporary absence from Canada, are covered in Canadian funds, at Nova Scotia rates.

A Nova Scotia specialist must receive prior consent before referring residents for treatment out-of-country. Approval is based on the non-availability of the service. Approval is not given if the service is available in the province or elsewhere in Canada.

The Nova Scotia Department of Health determines payment for prior approved elective services and for services not available in Canada.

Prior consent is required for residents referred to psychiatric hospitals or addiction centres outside Canada for services not available in Canada. Referrals are reviewed by a Medical Advisory Committee and a recommendation for ministerial approval may be required.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time.

Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either Plan.

Over 90 percent of the population lives within 30 minutes' travel time of the 37 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

Payment to Hospitals

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to the Minister, who is authorized by regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the Plan to hospitals each year. In 1994-95, there were a total of 3,516 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health direct expenditures for general and psychiatric hospital services operating costs were \$710 million. Payments to hospitals out-of-province totalled \$11 million for insured services provided to Nova Scotia residents. Total separations from all hospitals were 120,028. Patient days in all hospitals totalled 999,000.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians for insured services rendered to residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried and contract physicians.

Reasonable Compensation

The *Health Services and Insurance Act* empowers the Department to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society of Nova Scotia and the Nova Scotia Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

During 1994-95, payments to Nova Scotia physicians totalled \$266,251,100. For physician services provided out-of-province, the Department paid an additional amount of \$3,246,288.

Extended Health Care Services (EHCS)

In April 1993, the responsibility for long-term care facilities (nursing homes, homes for the aged) was transferred from the Department of Community Services to the Department of Health. For individuals without sufficient financial resources, municipalities provide assistance that is cost-shared by the province at 66.67 percent.

On November 1, 1993, the Coordinated Home Care Program, which was previously a joint program between the departments of Community Services and Health, was transferred to the Department of Health (both the home support function and the nursing component).

The Home Care Program includes: homemaker services; personal care services; nursing care services; housing services; and a range of volunteer services for seniors, persons with disabilities and families at risk. Contracted nursing services are provided by the Victorian Order of Nurses and by Martha Home Health Care. Community health nurses from the Department of Health provide service in areas where the Victorian Order of Nurses does not operate.

New Brunswick

Public Administration

Hospital Services and Medical Care Plans

Both Plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Services Plan

The in-patient services to which eligible persons are entitled correspond to those cited in the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available. The out-patient services include: laboratory, diagnostic and radiology procedures, where available; radiotherapy; physiotherapy; and the hospital component of other out-patient services.

Uninsured services include: patent medicines; take-home drugs; third-party requests for diagnostic services; visits for the administration of drugs, vaccines, sera or biological products; televisions; telephones; preferred accommodation at patient's request; and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other statutes.

Services provided under the New Brunswick Extra-Mural Hospital program are insured services. Also called the "hospital at home," the New Brunswick Extra-Mural Hospital is an active treatment program of professional acute and palliative health care to persons ill in their places of residence. Patients are admitted only on referral by their physicians; physicians arrange admission, prescribe treatment and order discharge just as in conventional hospitals. An expansion during 1987-88 increased the total number of Extra-Mural Hospital units to 14. It was further expanded to provide province-wide coverage in 1992-93. Effective April 1, 1990, the New Brunswick Extra-Mural Hospital expanded its range of services to include long-term care services. This range of services was defined as phase II of its mandate and was previously included as a public health service.

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner and certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital.

The following services are not covered by the Plan: elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of fees; examinations of medical records or certificates at the request of a third party; immunizations, examinations or certificates for purposes of travel, employment, emigration, insurance or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical by-laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of fees; testimony in court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate families; psychoanalysis; electrocardiograms where not performed by specialists in internal medicine or pediatrics; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; transsexual surgery; *in vitro* fertilization; acupuncture;

and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-ups and not for medically necessary purposes.

Prescription Drug Program

In addition to the basic insured health services, New Brunswick also provides a prescription drug program for residents in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government or who qualify through an income test, residents in a registered nursing home, registered cystic fibrosis cases, organ transplant recipients who require cyclosporin, individuals who require Human Growth Hormone, persons registered with the province as requiring AZT and persons receiving Income Assistance.

For seniors who do not qualify for prescription drug coverage without monthly cost, the Blue Cross Seniors' Health Program offers limited coverage, on an optional basis subject to the payment of premiums, for such benefits as prescription drugs, chiropractic services, eye care, foot care, hearing aids, orthotics, ostomy supplies, prosthetic supplies and ambulance services, depending on the plan chosen.

Emergency Medical Services

The Department of Health and Community Services administers the Ambulance Services Program, which provides financial assistance for the payment of ambulance services for social assistance recipients and for inter-hospital transfers. Additionally, subsidization grants are provided to operators for the purchase of ambulances and equipment, and to offset operating costs. Funding is provided to a partnership of the New Brunswick Healthcare Association and St. John Ambulance to administer and deliver an ambulance attendant training program. Emergency air medical flights are provided for critically ill patients, and a repatriation program arranges and funds transfers back to New Brunswick hospitals for patients who have been hospitalized outside the province.

Universality

Hospital Services and Medical Care Plans

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada; and persons from another province or territory who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial or territorial plans.

In order to be entitled to insured health services, a beneficiary and his/her dependants must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Medicare card bearing the resident's name, date of birth, medicare number and expiry date. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a hospital. No premiums are levied. Effective September 1, 1992, the Medicare card included an expiry date.

Portability

Hospital Services and Medical Care Plans

Minimum Residence

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province or territory. The following groups may be eligible for first-day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian

Mounted Police, and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick. When entering from outside the country, a person may be eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province and establishing permanent residence. This applies to non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants; and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time. As well, coverage is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Effective January 1, 1993, New Brunswick increased its minimum residence requirement to 183 days, in order to bring it online with other jurisdictions.

An eligible person may be temporarily absent from the province for the purpose of vacation, visits or business arrangements; however, this absence must not exceed 182 days in a 12-month period, unless approved by the Director of Medicare.

Students may be temporarily absent on an annual basis when in full-time attendance at a university or another institution provided they do not establish residence elsewhere. Students must inform the Medicare office on an annual basis.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's or territory's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, to the facility involved in the provision of the services, or through reciprocal hospital billing.

With the exception of Quebec, insured medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Selected high-cost procedures are paid as approved by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

All entitled out-of-country hospital services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Hospital in-patient services available in the province are paid at the New Brunswick rate.

In-patient services not available in the province are paid at the average ward rate of three major Canadian hospitals.

All entitled out-of-country medical services are covered in Canadian funds regardless of the circumstances.

Medical services not available in New Brunswick are paid at Ontario or Quebec rates (exceptions: pathology, radiology or diagnostic ultrasound services are paid at 70 percent).

Prior approval is required for in-patient treatment of substance abuse in an out-of-Canada facility and for in-patient treatment in a psychiatric facility within Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory. Coverage ceases on the date of departure from Canada for residents moving permanently out-of-country.

Accessibility

Hospital Services and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick hospital-medicare card entitles eligible persons to insured services.

Preliminary hospital statistics* for 1994-95 are as follows: number of patient days — 998,943 (excludes newborns); number of admissions — 119,529 (1993-94)**; number of separations — 120,618; number of emergency visits — 812,407. As well, there were 1,404,743 patient days, 13,546 admissions and 13,277 separations from the Extra-Mural Hospital.

Medical care statistics for 1994-95: 5.6 million services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 200,000 services, for a total of 5.8 million services.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a bi-weekly basis. Total expenditures for insured, in-province hospital services amounted to an estimated \$597.9 million in 1994-95. As well, this province paid an estimated \$33.8 million to out-of-province hospitals for services rendered to New Brunswick residents.

New Brunswick hospitals received an estimated \$19.1 million from other provinces and the territories for services provided to out-of-province residents.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practise under the *Medical Services Payment Act* must obtain privileges from the Regional Hospital Corporation prior to being issued a billing number by the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. Fees for those services not included in this schedule are determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1994-95, payments made on a fee-for-service basis to in-province physicians totalled \$169.3 million. Out-of-province physician payments totalled \$8.7 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home care is provided through the Nursing Home Services Program as a non-insured service under the authority of the Institutional Services Division of the Department of Health and Community Services. Adult residential care services and facilities are available through a variety of agencies and funding sources. The Family and Community Social Services Division of the Department is responsible for the Special Care Home and Community Residence programs, as well as for the Community-Based Services for Seniors and the Community Services for Disabled Adults programs.

Home health care is available through the Extra-Mural Hospital; this includes acute care services (medical/surgical), palliative care and long-term care.

* All figures exclude Extra-Mural Hospital.

** Latest year for which figures are available.

Quebec

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The hospital insurance plan, the *régime d'assurance-hospitalisation du Québec*, is administered by the Ministry of Health and Social Services, the *ministère de la Santé et des Services sociaux*.

The health insurance plan, the *régime d'assurance-maladie du Québec*, is administered by the *Régie de l'assurance-maladie du Québec*, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Ministry of Health and Social Services includes hospital centres, certain residential and extended-care facilities (formerly extended-care hospital centres)* and local community services centres.

The treatment of physical and mental illness is provided by the hospital centres, and by some of the residential and extended-care facilities.

Insured in-patient services are provided in the hospitalization units of both categories of hospital centres, whereas out-patient services are available mainly in residential institutions and local community services centres.

Insured in-patient services include: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; provision of routine surgical supplies; diagnostic services; use of operating rooms, case rooms and anaesthetic facilities; provision of medications, prosthetic and orthotic appliances, and of biological products and related preparations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities; and services rendered by hospital centre staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care; electroshock, insulin and behaviour therapies; emergency care; minor surgery care; radiotherapy; diagnostic services; physiotherapy; ergotherapy; inhalation, audiology and speech therapies; orthoptics; and other services or examinations required under Quebec legislation.

Other services covered by insurance are: mechanical, hormonal or chemical contraception; surgical sterilization (tubal ligation or vasectomy); and reanastomosis of the fallopian tubes or vas deferens.

The Ministry of Health and Social Services administers an ambulance transportation program free of charge to persons aged 65 and over.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; *in vitro* fertilization; preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; and services covered by the *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* or other federal or provincial legislation.

*Since October 1, 1992, extended-care hospitals and residential facilities have been included in a single institutional category (the CHSLD — centres d'hébergement et de soins de longue durée), although no change has been made to their specific missions.

Medical Care Plan

The services insured by the medical care plan, the *régime de soins médicaux*, include: medical and surgical services provided by physicians, as well as oral surgery performed in hospital centres or in a university facility determined by regulation by dental surgeons and specialists in oral and maxillo-facial surgery.

The following services are not considered insured: any examination or service that is not related to a process of cure or prevention of illness; psychoanalysis in every form, unless such service is rendered in an institution; any service provided for purely esthetic purposes; any consultation by telecommunication or by correspondence; any service rendered by a professional to his spouse or his children; any examination, expert appraisal, testimony, certificate or other formality required for legal purposes or by a person other than the person who has received an insured service, except in certain cases; any visit made for the sole purpose of obtaining the renewal of a prescription; any group examination, vaccination, immunization, or injections given to a group or for certain purposes; any service rendered by a professional based on an agreement or a contract with an employer, an association or an organization; any adjustment of eyeglasses or contact lenses; any surgical removal of a tooth or tooth fragment carried out by a physician, except in certain cases where the service is provided in a hospital centre; all acupuncture procedures; the injection of sclerosing substances and the examination made at that time; thermography, mammography for detection purposes, tomodensitometry, the use of radionuclides *in vivo* in a human, and ultrasonography, unless all these services are rendered in a hospital centre; any radiological or anaesthetic service provided by a physician if it is required with a view to dispensing an uninsured service, with the exception of a dental service provided in a hospital centre; and any surgical service provided for the purposes of transsexualism unless such a service is provided upon the recommendation of a physician specialized in psychiatry and carried out in a hospital centre; and any services not associated with a pathology and that are rendered by a physician to a patient between the ages of 18 and 65 years, unless that individual is the holder of a claim card for colour-blindness or a refraction problem for the purpose of obtaining or renewing a prescription for eyeglasses or contact lenses.

In addition to the basic insured services, the *Régie* also covers, with some limitations, certain residents of Quebec as defined by the *Loi sur l'assurance-maladie* and Income Security recipients for: optometric services; dental care and acrylic dental prostheses for children; prostheses, orthopaedic appliances, devices, wheelchairs or other equipment for persons with deficiencies or physical deformities; external breast prostheses; ocular prostheses; hearing and visual aids for persons with visual or auditory handicaps; permanent ostomy appliances; pharmaceutical services and prescription drugs for persons aged 65 years and over, those aged 60-64 years who receive the Spouse's Allowance and those aged 60 to 64 years whose spouses have died and who receive Old Age Security benefits; and drugs not included on the list for excepted patients with a serious or chronic illness.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the *Régie de l'assurance-maladie* or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents or deemed residents of Quebec must be registered with the *Régie de l'assurance-maladie* to be eligible for the health insurance programs. Services received by regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries are not covered by the plan. No premium payment exists.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec health insurance plan when benefits under the province or territory of origin cease, provided they register with the *Régie de l'assurance-maladie*.

If outside Quebec for 183 days or more, students, trainees, Quebec government civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and the dependants of all such persons, maintain their coverage, provided the *Régie* is notified of their absence.

This is also the case for persons living in another province for the purpose of seeking employment, holding temporary employment or working on contract, provided their families remain in Quebec or they retain a residence there.

Persons employed or working on contract outside Quebec for a company headquartered in Quebec, or employed by the federal government and posted outside Quebec, also retain their resident status, provided their families remain in Quebec or they retain a residence there, and provided they return to Quebec at least once every 12 months.

Resident status is also maintained by those persons who remain outside the province for 183 days or more, but less than 12 months, within a calendar year, provided such an absence occurs only once every seven years and is reported to the *Régie*.

First-day coverage is provided to certain categories of residents, notably permanent residents under the *Immigration Act*, repatriated Canadians, returning Canadians, members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, upon release or discharge. Immediate coverage is also provided to persons from outside Canada who have work permits and are living in Quebec for the purpose of holding an office or employment for three months or more, or who are living in Quebec under an official bursary or internship program of the Ministère de l'Éducation or the Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an interprovincial agreement regarding hospital insurance established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard interprovincial/territorial rates.

The costs of medical services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are reimbursed at the amount actually paid, or the rate that would be paid for the same services in Quebec, whichever is less. However, Quebec has negotiated a permanent arrangement with Ontario to pay Ottawa doctors at the Ontario fee rate for emergency care and when services are not offered in the Outaouais region. This host-province payment agreement for the Ottawa-Outaouais region became effective November 1, 1989. A similar agreement was signed in December 1991 for the Abitibi-Témiscamingue/North Bay area.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services provided outside Canada in cases of emergency or sudden illness are reimbursed by the *Régie*, usually in Canadian funds, to a maximum of \$498 Canadian per diem if the patient was hospitalized (including day surgery), or \$60 per out-patient visit. In both cases, this includes related diagnostic and therapeutic services. Services must be dispensed in a recognized establishment accredited as a hospital or hospital centre by the competent authorities under whom the establishment operates. No reimbursements are made for nursing homes, spas or similar establishments.

Students, trainees, Quebec officials posted abroad, missionaries and employees of non-profit organizations working under programs of international aid or co-operation recognized by the Ministry of Health and Social Services, must contact the *Régie* in order to ascertain their eligibility. If the *Régie* recognizes them as having special status, they receive 100 percent reimbursement in hospital insurance benefits in case of emergency or sudden illness, and 75 percent reimbursement in other cases, when the services are dispensed in the area of their posting.

Costs for medical services are reimbursed at the rate which would have been paid by the *Régie* to accredited Quebec health professionals (physicians, dentists, oral surgeons, optometrists and pharmacists), up to the amount of the expenses actually incurred. All services insured in the province are covered abroad, usually in Canadian funds, at the Quebec rate.

Beneficiaries requiring hospital treatment abroad for services unavailable in Quebec, or in Canada, are reimbursed 100 percent with prior consent. Consent is not given if the hospital service is offered in Quebec.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when insured residents move permanently to another country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the province of Quebec. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows for two other options: professionals who have withdrawn from the plan who practise outside the plan, but agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating professionals who practise outside the plan entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the *Régie*.

In 1993,* there were 123 acute care hospitals in the province with a total of 33,440 beds; they admitted a total of 775,700 patients, or the equivalent of 10,548,000 patient-days.

Payment to Hospitals

The financing of a hospital centre by the Ministry of Health and Social Services is carried out through a system of payments in respect of the cost of insured services provided.

In 1994-95, payments to hospital centres for insured services provided to Quebec residents in the province totalled approximately \$6 billion,** and payments to hospitals out-of-province totalled approximately \$95 million.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a negotiated fee schedule. Physicians who have withdrawn from the health insurance plan are paid directly by the patient in accordance with the fee

*Latest year for which figures are available.

**This amount does not include some \$600 million allocated to the former extended-care hospitals.

schedule after the patient has collected from the *Régie*. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by health care professionals. The Minister may enter into an agreement with the organizations representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice or specialty according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with organizations representing health care professionals.

In 1994-95, the *Régie* made payments to physicians in the province that totalled an estimated \$2,177 million. For medical services provided out-of-province, the *Régie* paid approximately \$9.8 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and home care services are available, with admission co-ordinated through a regional admission system and based on a single assessment tool. Local community services centres, *centres locaux de services communautaires* receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day centre programs or home care, or refer them to the appropriate agency.

Some home care services are offered by the provincial Ministry of Health and Social Services, including nursing care and assistance, homemaker services and medical surveillance.

Residential facilities and long-term care units in short-term care hospitals focus on the maintenance of autonomy and functional capacities of their residents by providing a variety of programs and services, including health care services.

Ontario

The Health Insurance Plan combines both hospital and medical care. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Ontario is established under the *Health Insurance Act* to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The health program is administered on a non-profit basis by the Ministry of Health. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical delivery room and anaesthetic facilities.

Insured out-patient services include: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy facilities, where available; use of diet counselling services; use of home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication; provision of equipment, supplies and medication to haemophiliac patients for use at home; and the provision of specific drugs for patients to take home, including Cyclosporin to transplant patients, AZT to AIDS patients, biosynthetic human growth hormone, rabies vaccines, and drugs for treatment of cystic fibrosis and thalassemia.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; telephones; televisions; charges for private-duty nursing; cosmetic surgery under most circumstances; provisions of medications for patients to take home from hospital, with certain exceptions; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs, subject to certain exceptions.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario provides: mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals; the residential component of the Homes for Special Care Program; ambulance services (air and land); dental treatments for patients with cleft lip/palate registered at a designated clinic; and funding for a Breast Screening Program for the province.

Medical Care Plan

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; radiology and laboratory services in approved facilities; and immunizations, injections and tests. Insured dental services include: repair of traumatic injuries; surgical incisions; excision of tumours and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; and alloplastic reconstructions and other specified dental procedures where it is medically necessary that they be rendered in hospital.

In addition to the basic insured health services, the Ministry of Health also provides: oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for all persons aged 65 and over who are legally entitled to remain in Canada and reside in Ontario, and those receiving social assistance; an assistive devices program such as hearing aids, wheelchairs, respiratory equipment and supplies, and an annual grant for needles and syringes for insulin-dependent senior diabetics; a northern health travel grant program; and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths and chiroprodists, and physiotherapy in approved facilities.

Uninsured services include: travelling to visit an insured person outside the area of the practice; toll charges for long-distance telephone calls; preparing or providing a drug, antigen antiserum or other substance; advice given by telephone at the request of the insured person or the person's representative; an interview or case conference; preparation and transfer of records at the insured person's request; a service that is received wholly or partly for the production or completion of a document or the transmission of information in specified circumstances; the production or completion of a document or the transmission of information to any person other than the insured person in specified circumstances; provision of a prescription when no concomitant insured service is rendered; cosmetic surgery; acupuncture procedures; psychological testing; group screening programs; and research and survey programs. This is not an exhaustive list and is subject to exceptions. Refer to section 24 of Reg. 552 under the *Ontario Health Insurance Act* and to the Schedule of Benefits for physicians.

Universality

With certain exceptions, all residents of Ontario are eligible for coverage subject to a three-month waiting period. Regulations under the *Ontario Health Insurance Act* define those types of persons who are residents of Ontario, as well as those who are subject to the three-month waiting period (refer to section 11 of the *Ontario Health Insurance Act* and O. Regs. 490 and 491/94).

Every resident of Ontario is required to register himself/herself. All insured hospital, medical and dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Portability

Minimum Residence

Subject to certain exceptions, new or returning residents who apply to become insured persons are subject to a three-month waiting period before they are eligible for or entitled to insured health services (refer to O. Reg. 491/94).

Residents must make their permanent and principal home in Ontario for a minimum of 183 days in any 12-month period to maintain coverage.

In accordance with the Interprovincial Agreement on Eligibility and Portability, it is possible for residents to maintain continuous coverage while temporarily working or studying in another Canadian province. To avoid a lapse in coverage, the person should notify the Ministry of Health about their intended absence.

An insured person can also maintain continuous coverage while temporarily out of the country for reasons such as work or study. However, the individual must notify the Ministry prior to leaving and receive confirmation of eligibility. Restrictions apply to the nature and duration of out-of-country absences with continuous coverage.

Payment Arrangements In-Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces and territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Ontario also participates in reciprocal billing arrangements with all other provinces and the territories except Quebec for insured physician services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Effective September 1, 1995, out-of-country emergency hospital costs are reimbursed at Ontario fixed per diem rates of:

- maximum \$400 Canadian for in-patient services;
- maximum \$50 Canadian for out-patient services; and
- maximum \$210 Canadian per dialysis treatment.

Medically necessary out-of-country physician and other eligible practitioner services (chiropractors, dentists, optometrists, podiatrists and osteopaths) as well as laboratory tests required on an emergency basis are reimbursed at the rates listed in the Ontario Ministry of Health's Schedule of Benefits or the amount billed, whichever is less.

Where medically accepted treatment is not available in Ontario, or in those instances where the patient is threatened in terms of life or irreversible damage to his or her health, the patient's Ontario physician may request prior approval for full ministry funding of out-of-country health services. To qualify for full ministry payment of services in these instances, an application for prior approval of payment of out-of-country health services must be completed and submitted by an Ontario physician prior to departure.

Permanent Moves Out-of-Province

Ontario residents who leave Ontario permanently and immediately establish residence in another province or territory of Canada are entitled to benefits for three months from the date that they cease to be residents.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospital by physicians. A user charge for room and board in respect of chronic hospital care applies after 60 days and is permissible by virtue of subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

In 1993-94,* there were 221 public hospitals in the province, staffed and in operation, which included chronic, general and special rehabilitation units. More than 8,288,296 acute patient days and 3,651,347 chronic patient days were delivered by public hospitals during the fiscal year.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. An Underserved Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Two programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Medical Specialist Incentive Program provides financial assistance to specialists locating their practices in Northern Ontario; and the Northern Health

*Latest year for which figures are available.

Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 100 kilometres one way in Northern Ontario or Manitoba or a minimum of 200 kilometres one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the *Health Care Accessibility Act*. Physicians and optometrists who bill their patients directly, and dentists, may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1993-94,* Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated \$7.9 billion for insured services. In 1993-94, payments to hospitals out-of-province totalled \$105,217,682 for insured services provided to Ontario residents.

System of Payment for Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid primarily on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits within Regulation 552 of the *Health Insurance Act*. Physicians elect to opt in and bill the Plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Non-participating physicians in Ontario have the option to bill the Plan directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. The percentage of opted-out physicians has fallen less than two percent since the passage of the *Health Care Accessibility Act*.

Reasonable Compensation

In recent years, there has been a Joint Committee on Physicians' Compensation composed of representatives from the Ontario Medical Association, the provincial government and a neutral chairman. It is the Committee's objective to reach agreements regarding global adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that are acceptable to both parties. In instances of impasse, the Chairman may be asked to act as a fact-finder. The negotiating process is being reviewed by the parties.

Representatives of government and the Ontario Dental Association negotiate agreements on adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that cover insured dental services provided in hospital.

During 1993-94, medical payments totalled \$4,338,565,518. This amount covers payments for physician and laboratory services. For physician services provided out-of-province (the reciprocal medical billing system, excluding Quebec), the Plan paid \$12,785,304 for fiscal year 1993-94.

Extended Health Care Services (EHCS)

Extended health care is provided by nursing homes funded by the Ministry of Health, as well as homes for the aged and charitable institutions supported through the Ministry of Community and Social Services. Both acute and chronic home care services are also provided, including supplemental features such as home renal dialysis and hyperalimentation.

*Latest year for which figures are available.

Ontario is undertaking a significant and comprehensive reform in the delivery, funding and administration of long-term care services which will emphasize community-based and in-home services as alternatives to traditional residential care.

Manitoba

The Manitoba Health Services Insurance Plan is a combined hospital and medical care plan. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

Public Administration

The insured health program in Manitoba is administered by the Ministry of Health through the Manitoba Health Services Insurance Fund, established under the *Health Services Insurance Act*, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Ministry is required to submit an annual report of the Fund to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the provincial Auditor's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; routine medical and surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy facilities, where available. Most out-patient services are insured, including dialysis in an approved facility. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; and personal services such as television, radio, telephone, etc.

Services are not insured if provided to insured persons under other statutes.

Medical Care Plan

Insured physician services in facilities, physicians' offices or patients' homes include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by Manitoba Health; and immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a licensed oral and maxillo-facial surgeon or a licensed dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures, include: surgical removal of impacted teeth; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university or camp, or performed at the request of third parties; group immunization or other group services except where authorized by Manitoba Health; services provided by a medical practitioner, dentist, chiropractor or optometrist to him/herself or any dependants; preparation of records, reports, certificates, communications and testimony in court; mileage or travelling time; advice by telephone; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists and other practitioners not provided for in legislation; *in vitro* fertilization; tattoo removal; contact lens fitting; reversal of sterilization procedures; and psychoanalysis.

In addition to the basic insured health services, Manitoba Health also provides, with limitations, a Pharmacare drug program; eyeglasses for seniors; contact lenses for seniors and children

with congenital eye defects; prosthetic and orthotic devices and services; telecommunication devices for the profoundly deaf; artificial eyes; breast prostheses and surgical brassieres; dental coverage for patients with cleft lip/palate; hearing aids and orthopaedic shoes for children; an emergency air ambulance program; northern patient transportation for medical treatment; an out-of-province transportation subsidy for patients who are referred for medical treatment not available in the province; and, with some limitations, the services of chiropractors and optometrists. It also administers the Land Ambulance Services Program, which provides grants that may be applied toward the purchase of ambulance vehicles and equipment or to subsidize operating costs.

Universality

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force and inmates of federal penitentiaries, who are legally entitled to be in Canada and who make their homes in Manitoba and are physically present in the province at least six months a year, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/herself and dependants. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions. No premiums are levied.

Portability

Minimum Residence

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province or territory. Returning Canadians and landed immigrants arriving from out-of-Canada are insured on the date of arrival in Manitoba. As well, persons from outside Canada who are in the province with work authorizations for more than one year are eligible for coverage. First-day coverage is also provided to discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and to discharged inmates of federal penitentiaries.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to 12 months. Students who intend to return to reside in Manitoba upon completion of studies are covered for the duration of their studies. A person must be physically present in the province for at least six months a year to qualify as a resident.

Payment Arrangements In-Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Manitoba pays the out-patient charges at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

Payment for professional (medical) benefits are in accordance with the reciprocal billing agreement between provinces (except Quebec). Claims for medical services received in Quebec are submitted by the patient or physician to the Manitoba Insured Benefits Branch for payment at host province rates.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services received outside Canada due to an accident or sudden illness are paid as follows:

- in-patient — the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient — the lesser of the actual hospital charges for the insured services provided and the flat rate per visit established by regulation.

When hospital services are recommended by an appropriate Manitoba specialist and approved by the Minister, but are not available or cannot be adequately provided in Manitoba or elsewhere in Canada, the Plan pays the following fees:

- in-patient — the greater of 75 percent of the actual hospital charges for the insured services provided and a per diem rate established by regulation, according to hospital bed size; and
- out-patient — the greater of 75 percent of the actual hospital charges for insured services provided and a flat rate per visit established by regulation.

Payment for hospital services is made in U.S. funds. For physician services received outside of Canada in an emergency or upon referral by an appropriate specialist and approved by the Minister, payment is made according to the current Manitoba Physician's Manual in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

Accessibility

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

As of March 31, 1995, Manitoba had a total of 4,527 acute care set-up beds and 912 other set-up beds (psychiatric extended treatment, palliative, chronic, long-term assessment/rehabilitation and panelled) to serve a population of 1,145,767; or 4.0 acute care and 0.8 other beds per 1,000 population.

Fifty-six percent of the population live in Winnipeg, which has 2,460 acute care beds and 731 other beds. There are two teaching hospitals and five community hospitals in the city. These facilities range in size from 136 to 854 beds. In addition, there are two hospitals that provide long-term care as well as one adolescent psychiatric facility.

Manitoba's rural population is served by Brandon General Hospital with 319 set-up beds and 69 community and district hospitals ranging in size from 4 to 128 set-up beds, plus two federal hospitals and 18 federal nursing stations. In addition, rural Manitoba residents can use acute care set-up beds in Winnipeg.

While the number of physicians in Manitoba is comparable with other provinces, the distribution of physicians within the province is a concern. A Physician Resource Committee with broad representation was established to develop a comprehensive physician resource plan for Manitoba, and is to provide a report by December 31, 1995.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Total Manitoba Health expenditures for hospital services during the fiscal year 1994-95 amounted to \$977,210,900. This includes payments to federal hospitals in the amount of \$1,857,100; \$15,389,200 to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; \$16,805,300 to hospitals outside the province; \$919,132,400 to public general hospitals; and \$24,026,900 to community health centres and clinics.

System of Payment for Medical Care

The majority of physicians in the province are paid according to a fee schedule negotiated with the Manitoba Medical Association. Roughly 25 percent of total physician remuneration is paid by arrangements other than fee-for-service, such as salary, sessional or block arrangements.

Physicians may elect to opt out of the medical insurance plan and bill their patients directly. Extra-billing beyond the rates negotiated by government and the medical association is prohibited.

The Manitoba Medical Association and Manitoba Health have been cooperatively working toward the development of a resource-based relative value schedule of benefits for paying for medical services.

Reasonable Compensation

A five-year agreement between the Manitoba government and the Manitoba Medical Association is in place for the period April 1, 1993 to March 31, 1998. The agreement establishes annual limits for the total cost of physician services in Manitoba paid on a fee-for-service basis. The Manitoba Medical Services Council is responsible for developing a plan to ensure that the available amount is not exceeded in 1995-96.

Extended Health Care Services (EHCS)

Manitoba Health administers the Home Care Program. It is a province-wide program that provides in-home professional health services and various support services. Most of the services that clients receive under the Program are delivered by direct service workers employed through the regional offices of Manitoba Health. Some services are delivered by contracted agencies such as the Victorian Order of Nurses, Community Therapy Services and Ten Ten Sinclair. In addition to providing home care services, the Program is also responsible for assessment and placement for long-term institutional care.

Personal care homes are funded and licensed through Manitoba Health. The Manitoba Health Services Insurance Plan provides insured coverage for eligible persons residing in personal care homes. Residents of personal care homes pay a daily residential charge.

Other extended health care services within the Home Care Program include: home oxygen therapy; intravenous antibiotic therapy; Manitoba Home Care Equipment and Supply Program; the Ostomate Program; in-home dialysis; and other agencies/services as funded by the Home Care Program such as Meals on Wheels, Winnipeg Inc., the Manitoba Alzheimer Society, Housing with an Independent Difference (HIDI) and wheelchair services provided by the Society for Manitobans with Disabilities.

Saskatchewan

Public Administration

Hospital Insurance Plan

Hospital Services are administered on a non-profit basis by the District Support Branch, Integrated Service Division of Saskatchewan Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Medical Care Plan

Prior to January 1, 1988, the Medical Care Insurance Plan was administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission was responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Since January 1, 1988, the Saskatchewan Minister of Health has been directly responsible for the administration of the Medical Care Insurance Plan. The administrative activities of the Plan have been integrated into the Medical Care Insurance Branch of Saskatchewan Health.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals, including: public ward accommodation; necessary nursing services; operating room and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physiotherapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital and approved by the Minister.

Uninsured services, either in-province or out-of-province, include: extended care within the province; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care, whether provided in hospital or at home, and care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; reversal of sterilization; electrolysis; penile prostheses; out-of-province cataract surgery and MRIs unless prior and written approval has been obtained from Saskatchewan Health; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take-home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the branches also fund directly a variety of other agencies, programs and activities, including: The Saskatchewan Cancer Foundation; the Canadian Red Cross Society; community clinics; physical therapy facilities; the College of Medicine, University of Saskatchewan; and other health organizations.

Prescription drugs required outside of hospitals are eligible for cost-shared benefits through the Saskatchewan Prescription Drug Services Branch.

Supplementary benefits include patient charges for emergency medical transportation (road ambulance and Saskatchewan Government air ambulance service).

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under medical care insurance include: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes, with exceptions; sterilization reversals; medical reports or certificates; eyeglasses; group immunizations; services provided by a person to him/herself or to his/her dependants; acupuncture; *in vitro* fertilization; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to the basic insured health services, the province also provides, with limitations, a prescription drug plan; a children's dental educational program; a hearing aid plan; the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program, which provides medical equipment and appliances to persons who are disabled; limited coverage for services provided by chiropractors and optometrists; and coverage for services provided by chiropodists.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, are entitled to services covered by Saskatchewan Health. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the province, or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province or territory; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

In the case of an unmarried person, he/she is entitled to insured services on and from the first day of the third month following the day he/she establishes residence in Saskatchewan. In the case of a married person, he/she is entitled to insured services on and from the first day he/she or his/her spouse establishes residence in Saskatchewan, whichever day is later.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include: members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the Royal Canadian Mounted Police Force upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the *Saskatchewan Assistance Act*. As well, immediate coverage is available to persons from outside Canada who are in the province with work authorizations.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence provided that: the person is physically present in Saskatchewan for at least six months of each year; the person is in full-time attendance at an educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; and the person is ordinarily

physically present in Saskatchewan but is temporarily absent from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement or employment.

Payment Arrangements In-Canada

Saskatchewan Health pays for insured hospital services at the host province or territory rates. A common claim form is used by the out-of-province/territory hospital to bill its provincial/territorial hospital insurance plan, which in turn bills the Branch.

The Medical Care Insurance Branch pays for insured medical services provided in other provinces and territories, except Quebec, according to a reciprocal billing arrangement. Out-of-province physicians bill their own health plans for services provided to Saskatchewan residents. These costs are periodically charged back to the Saskatchewan Medical Care Insurance Branch.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Insured emergency in-patient services provided in approved hospitals are paid up to a maximum rate of \$100 Canadian per day.

Emergency out-patient services provided by approved hospitals outside of Canada are paid up to a maximum rate of \$50 Canadian per visit.

Emergency physician services covered in-province which are provided outside Canada are normally paid in Canadian funds at rates approved in Saskatchewan. Elective hospital and physician services are covered only if the treatment has received prior written approval of Saskatchewan Health.

No prior consent is required to obtain coverage for emergency physician services at Saskatchewan rates. However, where approval from the Medical Care Insurance Branch is obtained by a specialist physician in Saskatchewan prior to treatment outside the country, for a service not available in Saskatchewan or another province in Canada, physicians may be paid at a fair and reasonable fee (including exchange) charged in the place the service is obtained.

Prior approval is required for residents receiving cancer treatments, drugs or procedures outside Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

As of March 31, 1995, there were 79 acute care hospitals in the province with a total of 6,459 beds. In addition, 62 health centres and one rehabilitation hospital provide emergency out-patient services. No user charges exist for hospital services. There are 1,192 active physicians throughout the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors and optometrists is banned. Under a new co-payment system introduced in 1992, chiropractors are now able to charge most patients an additional amount beyond the amount paid by the Plan.

Payment to Health Districts and Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to health districts and hospitals. Semi-monthly payments are made on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each health district or hospital in the fiscal year.

As of March 31, 1995, 29 health districts are established under *The Health Districts Act*. Health districts receive funding for all hospitals within their boundaries, as well as for special care homes, ambulances and home care services. In addition, there are five hospitals in Northern Saskatchewan where health districts have not been formed. Total funding to health districts and the five northern hospitals was \$954.3 million in 1994-95 (\$907.3 million operating; \$47.0 million capital). Of this total, an estimated \$625.7 million was for in-patient and out-patient services provided at hospitals and health centres. Saskatchewan hospitals and health districts received \$9.1 million for in-patient and \$1.7 million for out-patient care provided to residents of other provinces or territories under reciprocal agreements with other provinces and territories. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to \$28.6 million in 1994-95.

System of Payment for Medical Care

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Branch payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, a medical compensation review committee is established, with members appointed by the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association. This committee attempts to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes provision for a Medical Compensation Review Board, which is an arbitration panel that acts in the event that the committee is unable to reach an agreement.

During 1994-95, payments to physicians in the province totalled \$239 million. For physician services provided out-of-province, the Branch paid approximately \$12.3 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

The District Support Branch of Saskatchewan Health provides funding to district health boards for a variety of home care programs and special-care homes.

Home care programs delivered by district health boards provide assessment and care coordination, meals, nursing, homemaking (including personal care and respite), home maintenance, a variety of volunteer services and, occasionally, therapies. Community support programs include adult day programs and institutional respite.

Special-care homes provide residential care for adults who do not require acute care but do require a greater degree of care or supervision than they could receive in their own homes.

Personal care homes are private businesses that provide residential care to individuals over the age of 18. These facilities are licensed and monitored on an annual basis under *The Personal Care Homes Act*. Legislation to license and monitor these facilities, *The Personal Care Homes Act*, was passed in August 1989 and proclaimed on October 1, 1991.

The District Support Branch funds community health, mental and addiction service programs in institutional, home and community settings. Other programs delivered by the Department include the Community Therapy Program, the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program and the Chiropody Program.

Alberta

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Health is responsible for the Plans. The accounts are audited annually by the Auditor General.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; use of radiotherapy, occupational therapy, speech therapy, respiratory therapy, psychiatric therapy and physical therapy facilities, where available, for in- and out-patients; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport an in-patient between hospitals; out-patient goods and services including goods used in a medical procedure; and provision of designated drugs through clinics located in Edmonton and Calgary for persons with cancer, cystic fibrosis, HIV/AIDS or growth hormone deficiency, or requiring organ transplants.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; take-home drugs, appliances and biologicals; private nursing services; transporting out-patients between hospitals; artificial limbs and other external prosthetic appliances; and examination for use of third parties.

The Department of Health administers the Cleft Palate/Lip Program and provides funds for the Early Detection of Breast Cancer Program.

Medical Care Plan

Insured health services under the Health Care Insurance Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations, and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the regulations.

Services not insured under the Plan include: medico-legal services; medical reports or certificates; advice by telephone; examinations required by a third party for drivers' licences (except as required by law for seniors just prior to their 75th birthday, and as required thereafter), employment, schools, summer camps, insurance and similar purposes; services that a resident is eligible to receive under a statute of any other province or territory, under any statute relating to workers' compensation or under any statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a practitioner; any service determined "not medically required" by a physician, or classed as experimental; drugs, plaster and special bandages; patient or practitioner transportation costs; charges for distance or travelling time of a physician; lab and x-ray services performed in a facility not approved by the Minister; substance abuse, eating disorder or similar addictive behaviour treatment

provided outside Canada without prior approval of the Minister; routine dental care, dentures, eyeglasses, hearing aids, medical and surgical appliances and supplies; and services provided by a clinical psychologist.

In addition to the insured medical and dental services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services under the Basic Health Services Program, including chiropractic, oral surgery, optometric (for children and seniors) and podiatric services. The Plan also provides out-of-province hospitalization and medical benefits for Alberta residents and Extended Health Benefits and Non-Group Blue Cross Benefits for eligible residents.

Non-Group Blue Cross coverage is available to all registered residents on an optional basis subject to the payment of premiums, and provides additional benefits for approved prescription drugs, accidental dental care, ambulance services, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances and hospital care.

The Extended Benefits Program provides additional benefits for eyeglasses, and dental goods and services to residents aged 65 and older, their spouses and dependants, and eligible widows and widowers aged 55 to 64 and their dependants. Persons eligible for the Extended Benefits Program receive Blue Cross coverage premium-free.

The Alberta Aids to Daily Living Program, in cooperation with authorizers and vendors, assists individuals who have a chronic disability or illness, and individuals who are terminally ill, to secure certain basic medical supplies and equipment necessary for more independent functioning at home or in a home-like setting. Examples of supply and equipment support by this program include: medical and surgical supplies; respiratory therapy benefits; walking aids; hearing aids; wheelchairs and accessories.

The Air Ambulance Program covers emergency air ambulance costs to transport residents within Alberta to receive the required level of service, when ordered by a physician.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan provided they are registered with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependants. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium payment. The Alberta Health Care Insurance Plan offers a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships. Recipients of certain social allowance, inmates of correctional institutions and mental health patients — and their dependants — receive premium-free coverage.

Effective July 1, 1994, seniors no longer receive premium-free coverage. They are required to pay premiums at the same rate as non-seniors. Premium assistance is provided to low-income seniors through the Alberta Seniors Benefit Program.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period for coverage under the Alberta Hospitalization and Medical Benefits Plans does not exceed three months.

First-day coverage is provided to landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the Royal Canadian Mounted Police, the Armed Forces and federal penitentiaries, and specified persons from outside of Canada who have established residence in Alberta.

A resident who is temporarily absent from the province for vacation, visit or business engagement reasons continues to be eligible for benefits provided his/her absence does not exceed 12 consecutive months. A resident who is on educational leave from employment is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 24 consecutive months. A resident who works on behalf of a religious organization approved as a registered charity, such as a missionary worker, is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 48 consecutive months.

Coverage is maintained for the duration of the temporary absence from the province for students enrolled in full-time study at an accredited educational institution.

A resident must reside in Alberta for the major portion of each year in order to maintain coverage. Premiums must continue to be paid during a temporary absence (premium assistance programs apply as for in-province coverage).

Regardless of the reason for temporary absence, residents are required to notify Alberta Health Care as soon as it appears likely that treatment for a single accident or illness will continue longer than three months.

Payment Arrangements In-Canada

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Payments for insured medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada are at the host provincial/territorial rates, except for Quebec. For Quebec, payments are made according to the Alberta rates for medical services provided to Alberta residents in Quebec.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospitalization benefits are only payable when services are provided in active treatment general hospitals (that provide standard services such as I.C.U. or emergency ward) or auxiliary hospitals (that provide standard acute care services to long-term or chronically ill patients). If services are not insured in the province, they are not insured when provided out of the country.

The maximum amount payable for out-of-country in-patient hospital services is \$100 per day. The maximum out-patient per visit rate is \$50.

Benefits for out-of-country practitioner services are payable according to the fee charged or the Alberta rate, whichever is the lesser.

Prior approval is required for non-emergency health care services provided outside Canada for the treatment of alcohol and substance abuse, eating disorders and similar addictive/behavioural disorders.

Full coverage of treatment costs outside Canada may be provided under the following two programs:

- the Out-of-Province Supplementary Assistance Program, which may apply where the required service is not available in Canada; and
- the Emergency Financial Assistance Program, which may apply where the treatment expense could not have been guarded against.

Permanent Moves Out-of-Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province or territory of Canada is entitled to continued coverage for the period beginning the day

he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the Plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

To ensure reasonable access to hospital services, Alberta had 130 acute care public hospitals and 155 long-term facilities operating throughout the province in 1994-95. Acute care hospitals have 9,434 beds (number of beds staffed and in operation), and there are 13,644 long-term care beds. Ongoing health restructuring efforts are reducing these numbers as community care options are enhanced. The target provincial ratio is 2.4 acute care beds per 1,000 people and 50 continuing-care facility beds per 1,000 people over the age of 65 by the end of 1996-97. In 1994-95, per diem accommodation charges for long-term residents effective April 1994 are \$24.75 (standard), \$26.25 (semi-private) and \$28.60 (private). This charge is compatible with the exclusions provided for under subsection 19(2) of the *Canada Health Act*.

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained. To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserved areas.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded by the Regional Health Authorities, mainly through global budgets.

Expenditures for out-of-province hospital and medical care were \$26.0 million in 1994-95.

System of Payment for Medical Care

Most physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the Plan or the patient. Extra-billing was terminated in Alberta on October 1, 1986.

Reasonable Compensation

In 1986, Alberta Health and the Alberta Medical Association reached an agreement that provided for negotiation of fees, and if necessary a reference of fee disputes to arbitration. In 1991, this agreement was expanded to include a negotiated cap on the total medical care budget. Both agreements were ratified by majority vote of the members of the Alberta Medical Association.

In 1994-95, fee-for-service amounts payable to physicians in the province totalled \$836,700,000. The Plan paid approximately \$14 million for physician services provided to Alberta residents out-of-province.

Extended Health Care Services (EHCS)

Alberta continuing-care centres provide room and board and a range of care services, from personal care with nursing supervision to skilled medical and therapeutic services. Continuing-care centres include both auxiliary hospitals and nursing homes. In most instances, these are now referred to as continuing-care centres and they meet the needs of residents with similar care requirements. All continuing-care centres are funded for nursing care and personal care based on the Alberta Resident Classification System and Case Mix Funding System. The case-mix index (CMI) funding methodology is based upon the principle that funding for nursing care should vary according to resident care requirements. On the basis of each facility's CMI, a required level of paid nursing hours is established and funded for nursing care. Government funding is also provided to cover the costs of facility administration, therapeutic services (physical, occupational and recreational therapy), support services (such as housekeeping and laundry), dietary, pharmacy and ambulance services.

The Home Care Program, which is delivered through the 17 Regional Health Authorities, provides a variety of professional health and support services to assist individuals of all ages to return to and/or remain at home. All home care programs provide assessment, case co-ordination, and nursing and support services (personal care and home support). Other services that may be offered include occupational therapy, physical therapy, respiratory therapy, speech-language pathology, social work and nutrition services.

Admission to the continuing-care system, which includes home care, continuing-care centres and adult day programs, is based on a functional assessment of the individual's need for the services using the Alberta Assessment and Placement Instrument. The Single Point of Entry (SPE) process was developed to provide a single point of access to individuals seeking facility-based or community-based long-term care. Its purpose is to ensure that all possible community options are explored before facility-based care is considered. Home Care staff conduct assessments, identify needs in co-operation with clients and their families, and recommend health and support services that best suit these needs.

Alberta Health also administers the Alberta Aids to Daily Living (AADL) Program. The purpose of AADL is to enhance the independence of clients living at home who have a chronic or terminal illness or disability by assisting them with the provision of Program-approved medical equipment and supplies. Clients are assessed for eligibility by Regional Health Authority professionals working in community care, continuing-care or acute care settings.

Mental health services delivered by the Provincial Mental Health Board include community clinics, two mental health hospitals, two care centres, and non-profit community agencies. Services provided by the clinics include assessment and treatment of individuals and families, and consultation to physicians, health facilities, health units, schools and community agencies. Two mental health hospitals provide assessment, treatment and rehabilitation for adults with mental illness (including mentally ill offenders) and for adults with brain injuries. Two residential care centres provide long-term rehabilitation programs for people with severe mental illness. Over 70 community agencies are funded to provide a range of programs, which include residential programs such as assessment units, assisted apartment living and group homes; and non-residential programs such as drop-in centres, counselling services, suicide prevention programs and family violence interventions.

Other services provided by Regional Health Authorities include specialized psychiatric services located in 17 hospitals throughout the province. Family physicians, home care programs and continuing-care centres also provide services to people with mental illness.

British Columbia

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Acute Care and Provincial Programs Divisions, Regional Programs of the Ministry of Health. The Divisions are responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Acute Care and Provincial Programs Divisions and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

The following insured in-patient services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies, when administered in a general hospital specified in the *Hospital Insurance Act*; routine surgical supplies; use of operating room and case room facilities; anaesthetic equipment and supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; and other services, approved by the Minister, that are rendered by persons who receive remuneration from the hospital. Qualified persons not requiring in-patient hospital care may receive emergency treatment for injuries or illness and operating room or emergency room services for surgical day care and minor surgery, including the application and removal of casts.

Hospital out-patient benefits include: out-patient renal dialysis treatments in designated hospitals or other approved facilities; diabetic day-care services in designated hospitals; out-patient dietetic counselling services at hospitals with qualified staff dietitians; psychiatric out-patient and day-care services; physiotherapy and rehabilitation out-patient day-care services; cancer therapy and cytology services.

For out patients, take-home drugs and certain hospital drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare program. Other procedures excluded under the *Hospital Insurance Act* are: diagnostic out-patient services not associated with emergency services; the services of medical personnel not employed by the hospital; treatment for which the Workers' Compensation Board, Department of Veterans Affairs or any other agency is responsible; transportation to and from hospital; *in vitro* fertilization; cosmetic services solely for the alteration of appearance; and reversal of sterilization procedures. Uninsured hospital services also include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; and private nursing services.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad category of services covered is: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special

and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are not insured: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third-party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office; acupuncture; group immunizations; telephone advice; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; medico-legal services; cosmetic services; and preventive medical counselling, for example, smoking withdrawal programs.

In addition to the basic insured health services, the province also provides screening mammography services; hearing devices at competitive prices; oral surgery and orthodontic treatments for patients aged 20 years or younger with cleft lip/palate or severe congenital facial abnormalities; and, with some limitations, the services of chiropractors, naturopaths, optometrists, physical therapists, massage therapy practitioners and podiatrists.

The Pharmacare program provides full or partial assistance with the cost of designated prescription drugs; ostomy and mastectomy supplies; prosthetic devices and orthotic bracing for children 19 years of age and under; needles and syringes for insulin-dependent diabetics; and blood-glucose testing strips for diabetics with a Certificate of Training from a recognized training centre.

Ambulance services are provided within the province, by the British Columbia Ministry of Health, through the Emergency Health Services Commission, with a nominal charge to the patient.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, are entitled to hospital and medical care insurance coverage.

There are no premiums for the Hospital Insurance Plan. However, there is a daily charge for extended care hospital services for patients over the age of 19. The accommodation rate, representing the cost of accommodation and meals, is established once a year. At the end of the year, it was \$36 a day. Residents of limited means are eligible for assistance; there are five levels, ranging from 20 to 100 percent of the difference between the \$36 rate and \$23.70, being 85 percent of the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement. In certain circumstances, there is provision to waive a portion of the \$23.70 fee. Accommodation rates less than \$36 per day are reviewed quarterly and patients are advised one month before any changes.

Enrollment in the Medical Services Plan is not mandatory; however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Residents of limited means are eligible for premium assistance; there are five levels, ranging from 20 percent to 100 percent of the full premium. As well, up to several months of retroactive coverage may be possible for persons previously enrolled in the Plan who have allowed their premiums to lapse, if they make up the required premium payments.

Coverage is available on uniform terms and conditions. However, low-income persons are eligible for the premium subsidies referred to above and the government pays the patient visit charges for supplementary benefits on their behalf.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence requirement for hospital insurance and medical care coverage is a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual becomes a resident.

The Plan provides first-day coverage to discharged members of the Royal Canadian Mounted Police and Canadian Armed Forces, and to released inmates of federal penitentiaries. However, if discharged outside of British Columbia, they must wait the prescribed period. Coverage is provided to landed immigrants who have completed the minimum residence requirement on the first day of the third month following the month of arrival in the province. As well, after the waiting period, coverage is available to persons from outside Canada who are in the province on work permits or student visas, provided the permits or visas are valid for at least six months.

Individuals who leave the province temporarily on extended vacations or for temporary employment are covered for up to 12 months, provided the required premiums are paid. Residents may take annual vacations of up to six months provided they are physically present in the province for six months each calendar year.

Persons attending school outside Canada may be entitled to coverage for up to five years while away from the province; those working for organizations such as CUSO or CIDA may be entitled to coverage for up to two years while away from the province. Continuous coverage will be maintained, subject to payment of the required premiums, unless the individual returns after the expiration of the coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Payment Arrangements In-Canada

According to interprovincial/territorial reciprocal billing arrangements, physicians, except in Quebec, bill their own medical plans directly for services rendered to eligible British Columbia residents on presentation of a valid Medical Services Plan card (CareCard). British Columbia then reimburses the province or territory at the rate of the fee schedule in the province or territory in which services were rendered.

For in-patient hospital care, hospital charges are paid at the standard ward rate actually charged by the hospital. For out-patient services, the payment is at the interprovincial/territorial reciprocal billing rate. Payment for these services, except for excluded services, is handled through the interprovincial/territorial reciprocal billing procedures that are in place with all provinces and territories. Excluded services are billed to the patient.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Out-of-country hospital services are covered as follows. With prior authorization, coverage is provided for hospital service not available in Canada at the hospital's usual and customary rate. In other circumstances, with prior authorization, in-patient coverage is at the established standard ward rate. In addition, renal dialysis day care is available at the interprovincial/territorial Canadian rate. In all other cases, including emergency or sudden illness during temporary absences from the province, in-patient hospital care is paid up to \$75 Canadian per day for adults and children, and \$41 Canadian per day for newborns.

Out-of-country medical services are covered for emergency or sudden illness during temporary absences from the province. These are paid up to the same fee payable for that service had it been performed in British Columbia. Cases pre-authorized because of extenuating circumstances, however, are paid at the rate applicable where the service is rendered. In the case of medical services, payment for non-emergency services outside of the country may be made at British Columbia rates or, when the service is not available in the province, at usual and customary rates.

The attending specialist must request prior consent from the Ministry. Consent may be given based on the merit of each request, even though the service is available in the province and/or Canada.

Elective services are provided only with prior authorization by both the Medical Services Plan of British Columbia and Acute Care or Provincial Programs Divisions, Regional Programs.

Permanent Moves Out-of-Province

Persons moving permanently to another part of Canada or to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. On interprovincial/territorial moves, persons may be extended coverage, not to exceed three months, for a reasonable period of travel. This additional coverage is not available when a person moves out-of-country.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services. On March 31, 1995, the hospitals and associated beds were: 93 acute/rehabilitation care hospitals (9,331 beds and 711 bassinets); four rehabilitation hospitals (287 beds); and one federal hospital (12 beds) used by residents and for which the provincial Plan pays a per diem rate when the beds are used. The number of beds available totalled 10,341. As well, there were 19 Diagnostic and Treatment Centres and six Red Cross Outposts.

Patients admitted to acute/rehabilitation care during the fiscal year totalled 423,359, with total patient day services of 2,794,354.

The province also offers access to care services for extended care patients. In 1994-95, these care units and the associated beds were offered in 74 acute/rehabilitation hospitals (5,855 beds), and 20 hospitals specialized in extended care (2,762 beds). The number of beds available totalled 8,617.

Patients/residents admitted to these care units during the fiscal year totalled 8,977, with total patient day services of 2,915,971.

Payment to Hospitals

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments to the grant may be made during the fiscal year after an appropriate review.

The 1994-95 cost of hospital programs (operating contributions to hospitals) was estimated at \$2.7 billion. Payments to hospitals out-of-province, included in the foregoing amount, totalled \$44.6 million for insured services provided to British Columbia residents.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Plan to individual physicians in the province, based on billings that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system. Physicians who provide services submit claims electronically through the Teleplan Program. Ninety-eight percent of the claims are submitted electronically, while the remaining two percent are submitted on claim cards by low-volume physicians.

The Medical Services Commission also funds certain medical services through alternative payment arrangements. An Alternative Payments Branch provides funding to some 350 health care agencies that retain physicians to deliver approved programs. Approximately 1,200 physicians (equating to 600-700 full-time equivalent positions) have voluntarily entered into alternative payment arrangements with these agencies, and receive part or all of their income through salaries, sessions or

service agreements. A variety of alternative payment arrangements are currently being explored, including capitation funding for family practice.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission in collaboration with the British Columbia Medical Association. Other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules approved by the appropriate co-managed tripartite Commission Special Committees.

The agreement between the Medical Services Commission and the British Columbia Medical Association, signed in December 1993 and retroactive to the 1992-93 fiscal year, will be in place until the year 2000. Key elements include a five-year working agreement, limits to the growth of Medical Services Plan billings, a total increase of 6.5 percent to cover physician overhead costs, a binding dispute resolution mechanism, a cost-shared retirement savings plan, a task force on physician supply and participation by the Association in co-managing the Commission. The agreement enables government, the Commission and the Association to save \$385 million over four years.

During 1994-95, payments to physicians and supplementary benefit practitioners in the province totalled an estimated \$1.635 billion. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately \$17 million, of which approximately \$14 million was for reciprocal payments to other provinces or territories.

Extended Health Care Services (EHCS)

The Continuing Care Division of the Ministry of Health provides a comprehensive range of community-based supportive care services to assist people whose ability to function independently is affected by long-term, health-related problems or who have acute care needs that can be met at home. Services include: assessment; case management; in-home support services (home support, home nursing care, physical therapy, occupational therapy and meals programs); residential care services (family care homes, group homes, personal and intermediate care homes, private hospitals, extended care units and special care units); and special support services (adult day centres, respite care, and assessment and treatment centres). Services are delivered at the community level through 16 provincial health units and five municipal health departments.

Residential care services provide care and supervision in a protective, supportive environment for adults who can no longer be looked after in their own homes.

Home nursing care services provide professional nursing care to people of all ages in their own homes. These services are available on a non-emergency basis and include assessment and consultation, care co-ordination, and direct nursing care for clients requiring chronic, acute, palliative or rehabilitative services.

Home support services provide non-professional assistance with personal care and housekeeping, and adult day centres offer a centre-based program of health, social and recreational activities.

Yukon

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the *Public Service Act*. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Yukon Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital charges include: accommodation and meals at the standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs, biologicals and appliances prescribed by a physician and administered in-hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

In-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Insured out-patient services include: laboratory, radiology and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations to assist in diagnosis and treatment of any injury, illness or disability; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations when administered in-hospital; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

Exclusions include: non-resident hospital stays (for example, medical boarding); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request (for example, television charges, private nursing when not medically necessary).

Medical Care Plan

Insured services are defined as medically required services rendered by a medical practitioner. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance (for example, surgical correction of prognathism or micrognathia).

Exclusions include: medico-legal services, including examinations and reports relating thereto, and testimony in court or provision of evidence in legal proceedings; detention time; insured services rendered by a medical practitioner to him/herself or to his/her dependants, except where the Director decides otherwise; issuing prescriptions; the dispensing by a medical practitioner of medicines, drugs or medical appliances; the fitting and supply of eyeglasses; routine dental care including dental x-rays; services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the Plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; medical reports or certificates; group immunizations; telephone advice; acupuncture; services provided by podiatrists, osteopaths, naturopaths, orthodontists, chiropractors and physiotherapists; long-distance telephone tolls incurred by physicians in the course of arranging referrals; dental surgery performed outside of a hospital; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Plan.

In addition to the insured benefits covered under the Yukon Health Care Insurance Plan and administered by the Yukon Department of Health and Social Services, supplementary benefits are provided under Health Benefits Program legislation, including: Pharmacare; Extended Health Care Benefits for seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. There is also a Travel for Medical Treatment Program that covers elective as well as emergency health transportation both within Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. The Program also offers subsidies for meals and accommodation for patients travelling to centres where they received medical treatment. Audiology, psychology, speech therapy, and screening mammography services are part of community health services funded by the Department.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, are entitled to full coverage under the Plans. Services that are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the *Canada Health Act*.

The *Yukon Health Care Insurance Plan Act* does require registration of self and dependants upon establishing residence. Eligibility is not linked by statute or regulation to registration. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. An insured person is eligible for insured services after midnight on the last day of the second month following the month of arrival in Yukon.

First-day coverage is provided for returning Canadians, landed immigrants, and persons discharged from the Canadian Armed Forces, the Royal Canadian Mounted Police and federal penitentiaries. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in Yukon on work permits for one year or more. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months, and prior notice is desirable. Residents must maintain a permanent residence and ordinarily be present in Yukon.

Payment Arrangements In-Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services and insured medical care and elective services are paid in accordance with reciprocal billing arrangements.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Yukon Hospital Insurance Services Plan will pay for out-of-country hospital services up to the Yukon rate at the discretion of the Director of Health Care Insurance.

Out-of-country hospital services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

Out-of-country medical services are covered, in Canadian funds, provided they are comparable to services provided in Yukon. There is no exclusion of services.

The Yukon Health Care Insurance Plan will pay for out-of-country physician services at the Yukon rate.

The Plan does not require prior consent for out-of-territory services.

Permanent Moves Out-of-Territory

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon operates with hospital bed over-capacity. The Whitehorse General Hospital currently operates at approximately 61 percent of capacity. The Watson Lake Cottage Hospital operates at less than 50 percent of capacity. Several other communities have nursing stations that can provide overnight care.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and a travel for medical treatment program.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan for review. Regular advances are made to hospitals for both in-patient and out-patient services following approval of a joint administrative Memorandum of Understanding reached in January 1986.

Payments to Yukon hospitals totalled \$18,705,431 in 1994-95. Total payments to hospitals out-of-territory equalled \$6,222,484 during the same period. There were 4,366 resident separations, 367 non-resident separations (discharges and transfers of adults, children and newborns), 15,317 resident days of care and 1,205 non-resident days of care.

System of Payment for Medical Care

All Yukon physicians bill the Health Care Insurance Plan directly. Reciprocal billing of physician claims for services rendered to Canadian non-residents and Yukon residents receiving medical services in another province or territory was introduced April 1, 1988.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1994-95, payments to physicians in the territory totalled \$7,986,708. For physician services provided out-of-territory, the Plan paid \$1,499,300.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home intermediate care, adult residential care and extended care services are provided in designated beds in hospitals, the Thomson Centre, Macaulay Lodge and Alexander MacDonald Home for Seniors. Services include medical supervision and nursing, physiotherapy, recreation, and social programs.

The Health Services Branch of the Department of Health and Social Services is constructing a new 77-bed acute care facility in Whitehorse to replace the existing facility. The acute care wing is scheduled for completion in the fall of 1996, and the remainder in the spring of 1997.

Northwest Territories

Public Administration

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered by the Department of Health and Social Services, Government of the Northwest Territories. Each hospital is required to submit annual statements that have been audited by a public accounting firm. The Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the *Territorial Hospital Insurance Services Act* to perform periodic examinations of the operations of each hospital.

The Medical Care Plan is administered entirely by the Northwest Territories Department of Health and Social Services. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

Comprehensiveness

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations prescribed by a physician and administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; psychiatric and psychological services provided under an approved program; services rendered by persons who receive remuneration from the hospital; and services rendered by an approved detoxification centre.

Out-patient services include: laboratory tests, x-rays including interpretations, when requested by a physician and performed in an out-patient facility in an approved hospital; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; physiotherapy, occupational therapy and speech therapy services in an approved hospital; and psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Services that are considered by the territories or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery, preferred accommodation at the patient's request, drugs and biologicals dispensed after discharge from a hospital, telephones, televisions, private nursing services and ambulance charges (with the exception of inter-hospital transfer) are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for chronic and extended care. Medical and nursing care are insured services. Room and board is not an insured service. Patients must contribute to room and board based on Territorial Hospital Insurance Services (THIS) regulations.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically required procedures provided by medical practitioners including: approved diagnostic and therapeutic services; necessary surgical services; complete obstetrical care; eye examinations; and visits to specialists even when there is no referral by a family physician. Dental services required as a result of injury or disease of the jaw are limited to specific oral surgery procedures provided in an approved health facility.

The following services are not insured: medico-legal services; telephone advice or prescriptions given over the telephone; surgery for cosmetic purposes; medical reports or certificates; examinations on request of third parties; optometry services; acupuncture; group immunizations; *in vitro* fertilization; reversal of sterilization procedures; mileage charges; services provided by a medical practitioner to

his/her own family; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related preparations; eyeglasses and special appliances; plaster, surgical appliances or special bandages; treatments in the course of chiropractics, podiatry, naturopathy, osteopathy or any other practice ordinarily carried out by persons who are not medical practitioners; physiotherapy and psychology services received from other than an insured out-patient facility; services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal or territorial legislation; and routine annual check-ups where there is no definable diagnosis. Where the patient has attained 65 years of age or is under the age of 10 and there is no definable diagnosis, benefits shall be paid for a routine check-up once in every two-year period.

In addition to the basic insured health services, the Northwest Territories also provides a Medical Travel Subsidy Program and an Extended Health Benefits Program to assist Métis and non-native residents with costs associated with investigation, treatment and maintenance, and for rehabilitation of long-term debilitating conditions. The benefits include drugs, medical supplies, appliances and prosthetics, and some travel benefits.

Universality

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Northwest Territories Plans entitle all residents of the Northwest Territories, excluding members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police, and inmates of federal penitentiaries, to be registered. Residence requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside this agreement. No premiums are levied.

Portability

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period does not exceed three months, though the Plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First-day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries, and individuals discharged from the Canadian Armed Forces or the Royal Canadian Mounted Police. As well, coverage is available to persons from outside Canada who are in the Northwest Territories on work permits.

Individuals who are temporarily absent from the Northwest Territories are covered for up to 12 months, provided prior notice is given.

Payment Arrangements In-Canada

All hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province or territory. Patients are not required to receive prior approval. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The Northwest Territories Health Care Plan covers insured hospital services provided out-of-country up to Northwest Territories rates, paid in Canadian funds to residents. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health and Social Services uses the rates set by an appropriate location within Canada.

The Plan covers insured medical services provided out-of-country up to Northwest Territories rates. If service is not available within the Northwest Territories, the Department of Health and Social Services uses the rates set by an appropriate location within Canada.

In exceptional circumstances, the Plan will cover the full cost of out-of-country insured services when the Department of Health and Social Services has given prior approval for a specific request. Such approvals are limited to situations where there is a medical referral and the service is not available in Canada.

Permanent Moves Out of the Northwest Territories

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement. Coverage expires on the date of departure for residents leaving the Northwest Territories to establish permanent residence outside Canada.

Accessibility

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories. In 1994-95, there were six acute care hospitals in the Northwest Territories with a total of 261 beds and cribs, and 47 bassinets. In addition, Northwest Territories Health Centres provide 111 holding beds and 48 bassinets.

Payment to Hospitals

Northwest Territories hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial/territorial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to \$92 million in 1994-95. Payments to hospitals outside the Northwest Territories totalled \$19.1 million for insured services provided to Northwest Territories residents.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by health boards or hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis.

Reasonable Compensation

During the 1994-95 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association negotiated an agreement, subsequently signed into law, as regulations of the *Medical Care Act*. These regulations cover the period starting August 15, 1995, permitting an overall annual net decrease of four percent.

During 1994-95, payments to physicians in the Northwest Territories totalled approximately \$16 million. For physician services provided outside the Northwest Territories, the Plans paid approximately \$3 million.

Extended Health Care Services (EHCS)

Nursing home level care is supported by Territorial Hospital Insurance and provided in designated beds in facilities in Inuvik, Chesterfield Inlet, Iqaluit, Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Fort Simpson and Baffin Regional Hospital. Where appropriate services are not available in the Northwest Territories, clients are accommodated in facilities in southern Canada.

There are co-ordinated home care programs in Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake and Iqaluit.

Mode de paiement des soins médicaux
Les médecins peuvent être engagés par un hôpital ou un conseil de santé et être salariés, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte.

Rémunération raisonnable

Au cours de l'exercice 1994-1995, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la *Northwest Territories Medical Association* ont conclu une entente sous forme de règlement d'application de la *Medical Care Act*, qui a par la suite pris force de loi. Ce règlement, qui vise la période débutant le 15 août 1995, prévoit une diminution nette annuelle de quatre pour cent. Les paiements versés aux médecins des Territoires du Nord-Ouest ont été estimés à 16 millions de dollars pour 1994-1995. Près de trois millions de dollars ont été versés pour les services médicaux dispensés à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest.

Services complémentaires de santé

Les soins dans les centres d'accueil sont assurés dans le cadre de la *Territorial Hospital Insurance* et fournis pour certains lits désignés des établissements d'Inuvik, de Chesterfield Inlet, d'Iqaluit, de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, de Fort Simpson et de l'hôpital régional de Baffin. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont logés dans des établissements de soins dans le sud du Canada. On offre aussi des programmes coordonnés de soins à domicile à Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake et Iqaluit.

sont assurés dès le premier jour. En outre, une couverture est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de permis de travail. Les personnes qui s'absentent des Territoires du Nord-Ouest temporairement demeurent assurées pendant une période ne dépassant pas 12 mois, pourvu qu'il y ait un avis préalable.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les services hospitaliers et les services de soins médicaux sont couverts selon le taux déterminé par la province ou le territoire d'accueil. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. En ce qui a trait aux services hospitaliers, les patients ne sont pas facturés directement, tandis que dans le cadre des services de soins médicaux, ils peuvent être remboursés directement si nécessaire. Cependant, les prestations autorisées sont celles qui sont déterminées et approuvées par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

The Northwest Territories Health Care Plan couvre, en dollars canadiens, les services

hospitaliers assurés dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des taux en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada.

Le régime couvre les services médicaux assurés qui sont dispensés à l'étranger jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans les Territoires du Nord-Ouest. Si le service n'est pas offert au sein des Territoires du Nord-Ouest, le ministère de la Santé et des Services sociaux applique les taux établis dans un endroit approprié au Canada.

Dans des circonstances exceptionnelles, le régime couvre intégralement les services assurés qui sont dispensés à l'étranger si le ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé au préalable une demande particulière. De telles approbations se limitent aux situations où le sujet a été orienté vers un traitement par un médecin et où le service n'est pas offert au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest

Les personnes qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. La couverture expire à la date de départ pour les résidents quittant les Territoires du Nord-Ouest pour s'établir de façon permanente à l'extérieur du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1994-1995, les Territoires du Nord-Ouest comptaient six hôpitaux destinés aux soins des personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 261 lits et lits de bébé et 47 berceaux. Il y avait aussi 111 lits et 48 berceaux offerts par des centres de santé.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux-territoriaux sur la facturation. En 1994-1995, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 92 millions de dollars. Le total des versements aux hôpitaux à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour les services assurés dispensés aux résidents des Territoires du Nord-Ouest était de 19,1 millions de dollars.

Régime de soins médicaux

Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux, notamment : les services de diagnostic et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétricaux complets; les examens de la vue; et les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omnipraticien. Les services dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit d'interventions précises de chirurgie buccale rendues nécessaires à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la mâchoire et pratiquées dans un établissement de santé approuvé.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique; les rapports ou certificats médicaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services d'optométriste; l'acupuncture; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; le rétablissement de la fécondité; les frais de déplacement; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plates, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropractie, de podiatrie, de naturopathie, d'ostéopathie ou toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; et les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définitif. Dans le cas de patients de plus de 65 ans ou de moins de 10 ans, s'il n'y a pas de diagnostic définitif, une allocation-santé est prévue pour un examen général courant une fois par période de deux ans.

Outre les services de santé assurés de base, les Territoires du Nord-Ouest offrent un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales — le *Medical Travel Subsidy Program* — et un programme de prestations complémentaires de santé — le *Extended Health Benefits Program* — destinés à aider les résidents métis et non autochtones à payer les frais liés à la recherche, au traitement, à l'entretien et à la réadaptation dans le cas de certaines longues maladies débilitantes. Les prestations comprennent les médicaments, les fournitures médicales, les appareils et les prothèses, ainsi que certaines prestations de déplacement.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Au titre des régimes des territoires, tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont le droit d'être inscrits, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que les clauses contenues dans cette entente. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi sa résidence ou si elle n'y est que temporairement.

Les immigrants reçus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui ont obtenu leur libération ainsi que les personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada

Territoires du Nord-Ouest

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation — le *Hospital Insurance Plan* — est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts-comptables. En vertu de la *Territorial Hospital Insurance Services Act*, le bureau du Vérificateur des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner périodiquement les activités de tous les hôpitaux.

Le régime de soins médicaux — le *Medical Care Plan* — est géré entièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont offerts; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; et les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire, les radiographies et les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés dans une installation de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Les services jugés expérimentaux par les territoires ou par le corps médical en général ne sont pas assurés. En outre, les services de chirurgie esthétique, l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, les médicaments et les produits biologiques fournis après le congé de l'hôpital, le téléphone, la télévision, les services de soins infirmiers privés et les frais d'ambulance (à l'exception de transferts entre les hôpitaux) ne sont pas assurés.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, la couverture est fournie pour les services aux malades chroniques et les services complémentaires. Les soins médicaux et infirmiers sont des services assurés. L'hébergement et la pension ne sont pas assurés. Les patients doivent contribuer à l'hébergement et à la pension d'après les règlements des services d'assurance-hospitalisation des territoires — les *Territorial Hospital Insurance Services*.

367 congés pour les non-résidents (congés et transferts d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés) et les hôpitaux ont enregistré 15 317 jours-soins pour les résidents et 1 205 pour les non-résidents.

Mode de paiement des soins médicaux

Tous les médecins du Yukon demandent directement le paiement de leurs honoraires au *Health Care Insurance Plan*. Depuis le 1^{er} avril 1988, il y a traitement réciproque des demandes de paiements des frais pour les services rendus par les médecins et fournis dans une province ou dans un autre territoire aux non-résidents canadiens et aux résidents du Yukon.

Rémunération raisonnable

Les taux sont négociés entre les médecins, qui sont rémunérés à l'acte (selon la durée de l'entente en vigueur), et des comités permanents qui représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire des redistributions, de préciser les pratiques, de résoudre les problèmes et de se prononcer sur les actes de facturation contestés.

Au cours de 1994-1995, le régime a versé 7 986 708 \$ aux médecins du territoire. Pour les services rendus par les médecins hors du territoire, le régime a versé 1 499 300 \$.

Services complémentaires de santé

Certains lits d'hôpitaux, du *Thomson Centre*, du *Macaulay Lodge* et du *Alexander MacDonald Home for Seniors* sont réservés aux soins intermédiaires en centre d'accueil, aux soins aux adultes en établissement et aux soins de longue durée. Les services comprennent la surveillance médicale et les soins infirmiers, la physiothérapie ainsi que des programmes de loisirs et d'activités sociales.

La *Health Services Branch* du ministère de la Santé et des Services sociaux est à construire un établissement de soins actifs de 77 lits à Whitehorse pour remplacer l'établissement en place. On prévoit que l'aile de soins actifs pourra ouvrir ses portes à l'automne de 1996 et que les autres installations seront prêtes au printemps de 1997.

général, ces prolongations sont limitées à 12 mois et un avis préalable est désirable. Les résidents doivent maintenir une résidence permanente et ils doivent résider habituellement au Yukon.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au taux quotidien de salle commune établi par l'autorité compétente. Les services de consultation externe et les services assurés pour les soins médicaux et facultatifs sont payés conformément aux accords de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le *Yukon Hospital Insurance Services Plan* paie les services hospitaliers dispensés à l'étranger jusqu'au taux établi au Yukon, à la discrétion du directeur du régime d'assurance-santé.

Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu.

Les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars canadiens, dans la mesure où ils sont comparables aux services fournis au Yukon. Aucun service n'est exclu.

Le *Health Care Insurance Plan* du Yukon paie les services rendus par les médecins, et dispensés à l'étranger, au taux établi au Yukon.

Aucune approbation préalable n'est exigée dans le cas des services hors du territoire.

Déménagement permanent à l'extérieur du territoire

En cas de déménagement permanent, la couverture est généralement de trois mois. Cette couverture peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne s'installe pas directement ailleurs.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucun frais modérateur ni frais de coassurance n'est exigé en vertu du *Hospital Plan*. Il n'y a

pas de pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Au

Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande. Le *Whitehorse General Hospital*

fonctionne actuellement à environ 61 p. 100 de sa capacité. Le pavillon hospitalier de Watson Lake

fonctionne à moins de 50 p. 100 de sa capacité. En outre, plusieurs autres localités comptent des

postes de soins infirmiers pouvant héberger des patients pour la nuit.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme

d'assurance-voyage pour traitements médicaux.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du *Health Care*

Insurance Plan.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen

budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leur budget au *Yukon Hospital Insurance*

Services Plan, qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu, tant pour les services

aux patients externes que pour les services aux malades hospitalisés, sont versés régulièrement aux hôpitaux, après l'approbation conjointe, en janvier 1986, d'un protocole d'entente sur les conditions

administratives.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 18 705 431 \$ en

1994-1995. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 6 222 484 \$. Dans le territoire, il y a eu 4 366 congés pour les résidents et

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le *Hospital Insurance Services Plan* et le *Health Care Insurance Plan* du Yukon sont tous les deux gérés par des employés nommés conformément aux dispositions de la *Public Service Act*. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne du Yukon et du Bureau du Vérificateur général du Canada.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers internes assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire et de radiologie et les services de diagnostic; tous les médicaments, les produits biologiques et les appareils prescrits par un médecin et utilisés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital. Les soins dispensés dans les centres de traitement actif sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif, pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital, sont pleinement assurés aux taux approuvés en vigueur.

Les services assurés de consultation externe comprennent : les services de laboratoire et de radiologie et d'autres procédures de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires pour aider au diagnostic et au traitement de blessures, de maladies ou d'incapacités; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes quand ils sont administrés dans un hôpital; l'utilisation des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures de chirurgie courantes; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital. Les exclusions comprennent : les hospitalisations des non-résidents (par exemple, pension à l'hôpital); les médicaments et les produits biologiques reçus par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; et les services spéciaux demandés par le malade (par exemple, la télévision, les services privés d'une infirmière lorsqu'ils ne sont pas médicalement nécessaires).

Régime de soins médicaux

Les services assurés se définissent comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les services dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital (par exemple, la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie). Les exclusions comprennent : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent et les témoignages en cour ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; la durée de la détention; les services assurés qu'un médecin se dispense ou qu'il dispense à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire du directeur; la rédaction d'ordonnances; la distribution par un médecin de médicaments, de médicaments ou d'appareils médicaux; l'ajustement et la distribution de lunettes; les soins dentaires courants, y compris les

soutien à domicile (soutien à domicile, soins infirmiers à domicile, physiothérapie, ergothérapie, programmes liés aux repas); les services *Residential Care* (foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et foyers intermédiaires, hôpitaux privés et unités de soins de longue durée et de soins spéciaux); et les services *Special Support* (centres de jour pour adultes, services de répit et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire de seize unités de santé provinciales et de cinq départements municipaux de la santé.

Les soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un milieu protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont disponibles sur une base non urgente et comprennent l'évaluation et la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant besoin de services chroniques, aigus, palliatifs ou de services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide non professionnelle consistant notamment en soins personnels et en services d'entretien ménager. Les centres de jour pour adultes offrent un programme intramuros d'activités hygiéniques, sociales et récréatives.

le Ministère. Des ajustements peuvent être faits au cours de l'exercice après qu'une vérification pertinente a été effectuée.

Pour l'exercice 1994-1995, le coût des programmes hospitaliers (les subventions versées aux hôpitaux pour les frais d'exploitation) a été estimé à 2,7 milliards de dollars. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, inclus dans le montant précédent, totalisaient 44,6 millions de dollars pour les services assurés fournis aux résidents de la Colombie-Britannique.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins de la province par le régime de soins médicaux d'après les demandes de facturation soumises par ceux-ci. Le patient n'intervient généralement pas dans le processus de paiement. Les demandes d'indemnités des médecins, pour leurs services, se font électroniquement par l'entremise du *Teleplan Program*. Quatre-vingt-dix pour cent des demandes d'indemnités sont soumises électroniquement et le restant, soit deux pour cent, est soumis à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre.

La *Medical Services Commission* finance également certains services médicaux à partir d'autres formules de financement. Une *Alternative Payment Branch* verse des fonds à quelque 350 organismes de soins de santé qui paient des médecins pour dispenser les services approuvés. Environ 1 200 médecins (soit de 600 à 700 postes à temps plein) ont volontairement souscrit à ces formules et reçoivent une partie ou la totalité de leur revenu sous forme de salaire, de rémunération à l'acte ou de rémunération à contrat. On étudie également d'autres options de paiement, dont les honoraires fixés par tête dans le cas des médecins de famille.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la *Medical Services Commission*, en collaboration avec la *British Columbia Medical Association*. Les autres professionnels des soins de santé qui dispensent des services assurés ont leurs propres barèmes d'honoraires approuvés par les comités tripartites spéciaux compétents et coadministrés.

L'accord entre la *Medical Services Commission* et la *British Columbia Medical Association*, signé en décembre 1993 et s'appliquant rétroactivement à l'exercice 1992-1993, sera en vigueur jusqu'à l'an 2000. Il comprend, entre autres éléments clés, une entente de travail de cinq ans, un plafond aux augmentations des facturations de la *Medical Services Commission*, une augmentation totale de 6,5 p. 100 permettant de couvrir les frais d'administration générale des médecins, un mécanisme exécutif de résolution des conflits, un régime d'épargne-retraite à frais partagés, un groupe de travail sur l'approvisionnement en médecins, et la participation de la *British Columbia Medical Association* à la cogestion de la *Medical Services Commission*. L'accord permettra au gouvernement, à la *Medical Services Commission* et à la *British Columbia Medical Association* d'épargner 385 millions de dollars en quatre ans.

Au cours de l'année 1994-1995, la Colombie-Britannique a versé près de 1,635 milliard de dollars aux médecins exerçant dans la province et aux praticiens fournissant des prestations complémentaires dans la province. Pour les services des médecins fournis à l'extérieur de la province, le régime a versé environ 17 millions de dollars, dont 14 millions en vertu d'ententes de facturation réciproque avec les autres provinces ou les territoires.

Services complémentaires de santé

La *Continuing Care Division* du ministère de la Santé fournit une vaste gamme de services de traitement symptomatique à l'échelle communautaire afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins aigus pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : l'évaluation; la gestion de cas; les services de

établi pour les lits en salle commune. De plus, les services de jour de dialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien de la facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Dans tous les autres cas, y compris les situations d'urgence ou les maladies soudaines pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants, et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les résidents admissibles temporairement absents de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'au même taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances atténuantes. Ils sont alors payés au taux en vigueur de l'endroit où le service est offert. Le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux de la Colombie-Britannique ou aux taux courants et habituels lorsque le service n'est pas disponible dans la province.

Le spécialiste traitant doit demander l'approbation préalable. Chacun des dossiers est évalué selon son mérite, même si le service est disponible dans la province ou ailleurs au Canada. Les services facultatifs ne sont fournis qu'avec l'approbation préalable du *Medical Services Plan of British Columbia* et des *Acute Care/Provincial Programs Divisions, Regional Programs*.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province de façon permanente pour établir leur résidence ailleurs au Canada ou dans un autre pays ont droit à la couverture jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ. Pour les déménagements interprovinciaux et interterritoriaux, les personnes peuvent se faire accorder une couverture supplémentaire, ne dépassant pas trois mois, pour des déplacements d'une durée raisonnable. Cette couverture supplémentaire n'est pas disponible quand la personne déménage hors du pays.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et de soins médicaux. Au 31 mars 1995, les hôpitaux et les lits associés étaient les suivants : 93 hôpitaux de soins actifs ou de soins de réadaptation (9 331 lits et 711 berceaux); quatre hôpitaux de réadaptation (287 lits); et un hôpital fédéral (12 lits) utilisés par des résidents et payés par la province au taux quotidien quand les lits sont occupés. Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 10 341. En outre, on comptait 19 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge. Le nombre de patients admis pour recevoir des soins actifs et des soins de réadaptation au cours de l'exercice s'est élevé à 423 359, et le nombre de jours-patients à 2 794 354. La province offre également un accès aux services de soins pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1994-1995, ces unités de soins et les lits associés étaient offerts dans 74 hôpitaux de soins actifs ou de soins de réadaptation (5 855 lits) et 20 hôpitaux de soins prolongés (2 762 lits). Le nombre total de lits disponibles était de 8 617.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins au cours de l'exercice a été de 8 977, et le nombre de jours-patients de 2 915 971.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels réguliers du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois dans lequel l'individu devient un résident.

Les membres réformés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées canadiennes et les détenus fédéraux libérés sont protégés dès le premier jour de leur sortie. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, ils doivent attendre que s'écoule la période prescrite. La couverture est fournie aux immigrants reçus qui satisfont au délai minimal de résidence, dès le premier jour du troisième mois qui suit leur mois d'arrivée dans la province. La couverture est offerte également, au terme de la période d'attente, aux personnes qui viennent de l'extérieur du Canada et qui détiennent un permis de travail ou un visa d'étudiant valide pour au moins six mois.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire sont couvertes pendant une période maximale de 12 mois, à condition que les primes requises soient payées. Les résidents peuvent prendre jusqu'à six mois de vacances annuelles pourvu qu'ils demeurent dans la province pendant six mois de chaque année civile. Les personnes qui étudient hors du Canada ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCO ou l'ACDI peuvent être admissibles à la couverture pendant des périodes maximales de cinq ans et de deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Il n'y aura pas d'interruption de la couverture, sous réserve du paiement des primes, pour les personnes qui reviennent dans la province avant l'expiration de la couverture. Passé ce délai, les intéressés doivent attendre les trois mois requis.

Paiement des services dispensés au Canada

En vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du *Medical Services Plan*, la *CareCard*. Ensuite, la Colombie-Britannique rembourse la province ou le territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire où les services ont été rendus.

Les frais pour les soins donnés à des patients hospitalisés sont payés au tarif standard effectivement exigé par les services hospitaliers. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus, se fait par les mécanismes de facturation réciproque qui sont en place entre toutes les provinces et les territoires. Les services exclus doivent être payés par le patient.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers dispensés à l'étranger sont couverts de la façon suivante. Lorsque des soins sont préalablement autorisés, et qu'ils ne peuvent être obtenus dans des services hospitaliers canadiens, les frais seront couverts au taux habituel des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation, les soins dispensés à un patient hospitalisé sont couverts au taux standard

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux nécessaires fournis par les médecins ainsi que les services de chirurgie dentaire lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste. Les grandes catégories de services assurés comprennent : les consultations; les examens complets; les visites à domicile; la chirurgie bénigne et la chirurgie majeure; les services obstétricaux; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie; les procédures de diagnostic et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; autres procédures fournies au cabinet; et autres procédures hospitalières fournies par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale; la fourniture de prothèses non implantées; les orthèses; les médicaments de marque déposée ou brevétés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste; l'acupuncture; les immunisations de groupe; les conseils donnés par téléphone; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; les services dispensés à des fins esthétiques; et les services de conseils en médecine préventive, par exemple, les programmes contre le tabagisme.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également des services de dépistage et de mammographie; des appareils auditifs à prix concurrentiels; la chirurgie buccale et des traitements d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans et moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou présentent des malformations congénitales du visage; et, avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podiatres.

Pharmicare, le programme de services pharmaceutiques, rembourse en tout ou en partie les frais suivants : médicaments prescrits désignés; fournitures pour stomies et mastectomisées; appareils prothétiques et orthétiques pour les enfants de 19 ans et moins; aiguilles et seringues pour les diabétiques insulino-dépendants; bandelettes pour la mesure de la glycémie pour les diabétiques d'un certificat de formation — *Certificate of Training* — d'un centre de formation reconnu. Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de la commission des services de santé d'urgence, la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux.

Il n'y a pas de primes pour le régime d'assurance-hospitalisation, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Ces frais, qui couvrent le lit et les repas, sont établis une fois par année. À la fin de l'année en cours, ils étaient de 36 \$. Les résidents dont les ressources sont limitées sont admissibles à une aide; il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la différence entre le taux en vigueur, soit 36 \$, et le montant de 23,70 \$, qui représente 85 p. 100 de la prestation de la Sécurité de la vieillesse, une Supplément de revenu garanti. Des dispositions prévoient que dans certaines circonstances, une fraction des 23,70 \$ soit éliminée du calcul. Les frais quotidiens de moins de 36 \$ sont revus trimestriellement, et les patients sont avertis de tout changement un mois à l'avance.

Il n'est pas obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions pour être admissible à la couverture. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction (il existe cinq niveaux) allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée. En outre, il peut être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques

Colombie-Britannique

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Plan*, est géré sans but lucratif par les *Acute Care and Provincial Programs Divisions*, le ministère de la Santé. Ces divisions sont responsables de la gestion du régime devant le gouvernement provincial.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le *Medical Services Plan*, est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, organisme public créé en vertu de la loi.

La commission rend compte de la gestion du régime au gouvernement provincial.

Les comptes des *Acute Care and Provincial Programs Divisions* et de la *Medical Services Commission*, ainsi que leurs opérations financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux aux patients hospitalisés :

l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministère; les médicaments approuvés en clinique, les produits biologiques et les fournitures médicales lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général précisé dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, la où elles sont disponibles; et d'autres services approuvés par le Ministère et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital. Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salle d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins de jour de chirurgie, y compris l'application et l'enlèvement des plaies.

Les services de consultation externe comprennent : les traitements de dialyse rénale en consultation externe dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les services de soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les services de conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux avec des diététicien(ne)s qualifié(s); les services psychiatriques pour patients externes et les services de soins de jour; les services de soins de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes; et la thérapie pour le cancer et les services de cytologie.

Pour les patients externes, les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme de services pharmaceutiques, le *Pharmaceutical Program*. D'autres procédures sont exclues en vertu de la *Hospital Insurance Act* : les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence; les services fournis par le personnel médical non employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; le transport à l'hôpital et de l'hôpital; la récondation *in vitro*; la chirurgie plastique pour des raisons purement esthétiques; et le rétablissement de la fécondité. Les services hospitaliers non assurés comprennent également : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; et les services infirmiers privés.

besoins de la personne effectuée à l'aide de l'*Alberta Assessment and Placement Instrument*. La procédure du point d'entrée unique (*Single Point of Entry*) a été élaborée de façon à ce qu'il n'y ait qu'un seul point d'accès pour les personnes qui cherchent des soins prolongés basés en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins basés en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille, et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

Le ministère de la Santé de l'Alberta administre également l'*Alberta Aids to Daily Living Program*, qui a pour but de favoriser l'autonomie des patients vivant chez eux qui sont atteints d'une maladie chronique, d'une maladie en phase terminale ou d'une invalidité, en leur fournissant du matériel ou des appareils médicaux approuvés par le programme. Des professionnels des soins de santé exerçant dans le cadre de soins communautaires, de soins prolongés ou de soins actifs évaluent l'admissibilité des patients.

Les services de santé mentale sont fournis par le *Provincial Mental Health Board*, par l'intermédiaire des cliniques communautaires, de deux hôpitaux psychiatriques, de deux centres de soins et d'organismes communautaires à but non lucratif. Les cliniques offrent des services de consultation et de traitement aux individus et aux membres de leur famille, et des services de consultation aux médecins, aux établissements de santé, aux unités de santé, aux écoles et aux organismes communautaires. Les deux hôpitaux psychiatriques offrent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation aux adultes (délinquants compris) atteints d'une maladie mentale ou souffrant d'une lésion cérébrale. Les deux centres de soins en établissement fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale sévère. Plus de 70 organismes communautaires reçoivent des fonds pour fournir toute une gamme de programmes, parmi lesquels des programmes «résidentiels» — unités d'évaluation, assistance-loyer pour personnes âgées ou foyer collectif — et des programmes «non résidentiels» — haltes-accueil, services de consultation, programmes de prévention du suicide ou interventions en rapport avec la violence familiale.

Les autorités en matière de santé régionale fournissent également des services psychiatriques spécialisés par l'entremise de 17 hôpitaux de la province. Enfin, les médecins de famille, les programmes de soins à domicile et les centres de soins prolongés fournissent aussi des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

rigoureuse. Pour assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services.

Paielements aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés par les autorités en matière de santé régionale (*Regional Health Authorities*), principalement au moyen de budgets globaux.

En 1994-1995, les dépenses pour les soins hospitaliers et médicaux fournis à l'extérieur de l'Alberta se sont élevées à 26,0 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Les omnipraticiens peuvent facturer le régime ou le patient. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1^{er} octobre 1986.

Rémunération raisonnable

En 1986, le ministère de la Santé de l'Alberta et l'*Alberta Medical Association* ont conclu une entente qui prévoyait la négociation des honoraires et, si nécessaire, le recours à l'arbitrage dans les cas de litiges concernant les honoraires. En 1991, on a élargi cet accord pour y inclure un plafond négocié pour l'ensemble du budget des soins médicaux. Les deux accords ont été ratifiés par un vote majoritaire des membres de l'*Alberta Medical Association*.

En 1994-1995, les montants versés aux médecins de l'Alberta pour les services médicaux rémunérés à l'acte ont totalisé 836 700 000 \$. La province a versé environ 14 millions de dollars pour les services médicaux dispensés à ses résidents à l'extérieur de ses frontières.

Services complémentaires de santé

Les centres de soins prolongés de l'Alberta offrent l'hébergement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, depuis les soins personnels avec supervision infirmière jusqu'aux services médicaux et thérapeutiques de haute compétence. Ces centres de soins comprennent à la fois les hôpitaux auxiliaires et les centres d'accueil. Dans la plupart des cas, on les désigne maintenant par l'appellation «centres de soins prolongés», et ils répondent chacun à des besoins apparentés. Tous les établissements de soins prolongés reçoivent des fonds pour les soins infirmiers et les soins personnels, selon une formule appliquée à l'aide de l'*Alberta Resident Classification System* et du *Case Mix Funding System*. La méthode de financement du *case-mix index (CMI)* repose sur le principe suivant lequel le financement des soins infirmiers doit être fonction des besoins des pensionnaires. Compte tenu du *case-mix index* de chaque établissement, un niveau requis d'heures infirmières rémunérées est établi, et le financement est accordé pour les soins infirmiers. Un financement gouvernemental est également octroyé pour les coûts liés à l'administration des établissements, les services thérapeutiques (la physiothérapie, l'ergothérapie et la thérapie par les loisirs), les services de soutien (tels que l'entretien ménager et la lessive), les services diététiques, les services de pharmacie, les services d'ambulance et ainsi de suite.

Le *Home Care Program* fournit toute une gamme de services de santé et de soutien professionnels, par l'intermédiaire des 17 autorités en matière de santé régionale, en vue du maintien ou du retour à domicile des personnes de tout âge. Tous les programmes de soins à domicile offrent des services d'évaluation et de coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien (soins personnels et aide à domicile). D'autres services peuvent parfois être fournis : ergothérapie, physiothérapie, oxygénéothérapie, orthophonie, services sociaux et services nutritionnels. L'admission au système de soins prolongés, qui comprend les soins à domicile, les centres de soins prolongés et les programmes de jour pour adultes, est fonction d'une évaluation fonctionnelle des

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par des hôpitaux généraux de traitement actif (qui dispensent des services courants comme l'unité des soins intensifs ou la salle d'urgence) ou des hôpitaux auxiliaires (qui dispensent des soins aigus courants à des malades chroniques ou à des malades nécessitant des soins prolongés). Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger. Le maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger est de 100 \$ par jour. Le coût maximum par visite pour les patients externes est de 50 \$.

Les prestations pour les services à l'étranger fournis par les praticiens sont payables selon les taux facturés ou les taux payables pour les mêmes services ou pour des services semblables en Alberta, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

L'approbation préalable est nécessaire pour les services de soins de santé non urgents fournis à l'étranger pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, les troubles alimentaires et des troubles semblables d'accoutumance ou de comportement.

Le remboursement complet des traitements à l'extérieur du pays peut être possible dans le cadre des deux programmes suivants :

- le *Out-of-Province Supplementary Assistance Program* qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas offerts au Canada;
- le *Emergency Financial Assistance Program*, qui peut s'appliquer aux frais pour les traitements contre lesquels le patient ne pouvait pas se prémunir.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Alberta pour s'établir de façon permanente dans une autre province ou dans un territoire du Canada continue d'être assuré à partir du jour où il cesse de résider en Alberta jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province ou le territoire choisi, à moins que la période ne soit prolongée par le ministre dans des circonstances particulières. Un résident de l'Alberta qui élit domicile, de façon permanente, à l'extérieur du Canada a le droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le ministre en soit avisé, pendant une période d'un, deux ou trois mois après son départ de l'Alberta, selon la décision du ministre, à moins que la période ne soit prolongée par le ministre en raison de circonstances particulières. Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger ne peut continuer à bénéficier de la protection du régime tant qu'il n'a pas acquitté toutes les primes en souffrance de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, en 1994-1995, l'Alberta comptait 130 hôpitaux publics pour soins actifs et 155 établissements de soins prolongés. Les hôpitaux pour soins actifs ont une capacité de 9 434 lits (dotés en personnel et occupés), et il y a 13 644 lits pour soins prolongés. Les efforts actuels de restructuration dans le domaine de la santé entraînent des diminutions à ce chapitre, puisqu'ils favorisent l'accroissement des services de soins communautaires. L'objectif, d'ici la fin de 1996-1997, est de fournir 2,4 lits de soins actifs pour 1 000 personnes et 50 lits de soins prolongés pour 1 000 personnes de plus de 65 ans. Depuis le 1^{er} avril 1994, les frais quotidiens d'hébergement des établissements de soins prolongés, sont de 24,75 \$ (standard), 26,25 \$ (chambre semi-privée) et 28,60 \$ (chambre privée). Ce taux quotidien est compatible avec les exclusions énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*. Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé de toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour avoir droit à la protection des régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux de l'Alberta est d'un maximum de trois mois. La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays, les membres réformés de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées canadiennes, les détenus fédéraux libérés et certaines personnes désignées provenant de l'extérieur du Canada, qui se sont établies en Alberta.

Un résident temporairement absent de la province en raison de vacances, d'une visite ou d'un voyage d'affaires est admissible aux prestations pourvu que son absence ne dépasse pas une période de 12 mois consécutifs. Un résident en congé d'études est admissible aux prestations pendant toute la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs. Un résident employé par un organisme religieux de charité enregistré, tel un missionnaire, est admissible aux prestations pendant la durée de son absence temporaire, jusqu'à concurrence de 48 mois consécutifs.

Pour les étudiants inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé, la couverture est maintenue pendant cette absence temporaire. Un résident doit habiter en Alberta pendant la plus grande partie de l'année pour demeurer admissible aux prestations. Les primes doivent continuer à être payées pendant une absence temporaire (les programmes d'assistance-prime continuent alors à s'appliquer). Quelle que soit la raison de leur absence temporaire, les résidents sont tenus d'aviser le régime d'assurance-santé de la province aussitôt qu'il apparaît que le traitement, qui fait suite à un accident ou à une maladie, risque de dépasser trois mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire où ils sont fournis, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire visé. Le paiement des services médicaux dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué aux taux de la province ou du territoire d'accueil, à l'exception du Québec. Dans le cas du Québec, les paiements sont effectués en vertu des taux en vigueur en Alberta pour les services médicaux fournis dans cette province aux résidents de l'Alberta.

d'obtenir un permis de conduire (à l'exception de ceux qui sont exigés par la loi pour les personnes âgées avant leur 75^e anniversaire et, au besoin, par la suite), à des fins d'emplois, pour les écoles, les camps d'été, les assurances et à d'autres fins semblables; les services auxquels un résident est admissible en vertu d'une loi d'une autre province ou d'un territoire, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous les services qui sont jugés comme «non médicalement nécessaires» par un médecin, ou classés comme services expérimentaux; les médicaments, les plaques et les pansements spéciaux; le coût du transport des patients ou des médecins; les frais encourus par un médecin en raison de la distance et du temps de déplacement; les services de laboratoire et de radiographie dans un établissement qui n'est pas approuvé par le Ministre; les traitements contre l'abus de substances ou les troubles alimentaires, ou tout traitement semblable portant sur le comportement et lié à une dépendance dispensé à l'extérieur du Canada sans l'approbation préalable du Ministre; les soins dentaires courants, les dentiers, les lunettes, les prothèses auditives et les fournitures médicales et chirurgicales; et les services rendus par un psychologue clinicien.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-santé provincial prévoit certaines prestations pour des services complémentaires en vertu du *Basic Health Services Program*, entre autres pour les services de chiropractie, de chirurgie buccale, d'optométrie (pour enfants et personnes âgées) et de podologie. Le régime prévoit également le remboursement de l'hospitalisation et des services médicaux à l'extérieur de la province pour les résidents de l'Alberta, ainsi que les prestations complémentaires de santé et les prestations individuelles de la Croix Bleue pour les résidents admissibles.

Tous les résidents inscrits ont droit au régime de protection individuelle de la Croix Bleue, à condition de payer les primes requises. Ce régime prévoit des prestations complémentaires pour les médicaments prescrits approuvés, les soins dentaires requis après un accident, le transport en ambulance, les services d'un psychologue clinicien agréé, les soins infirmiers à domicile, les appareils et les soins à l'hôpital.

Le *Extended Benefits Program* prévoit des prestations supplémentaires pour la fourniture de lunettes et d'articles ou soins dentaires aux résidents de 65 ans et plus, à leurs conjoints, aux personnes à leur charge, ainsi qu'aux veufs et aux veuves admissibles de 55 à 64 ans et aux personnes à leur charge. Les personnes admissibles au programme ont droit à la couverture de la Croix Bleue sans devoir verser de primes.

Le *Alberta Aids to Daily Living Program*, avec la coopération des organismes chargés de l'autorisation et des vendeurs, aide les personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques et les personnes en phase terminale à obtenir certaines fournitures et certains équipements médicaux de base qui leur permettront d'accroître leur autonomie à la maison ou dans un milieu qui leur est familier; par exemple : des fournitures médicales et chirurgicales; des services d'oxygénothérapie; des aides de locomotion; des prothèses auditives; des fauteuils roulants et des accessoires.

Le *Air Ambulance Program* couvre les coûts associés au transport d'urgence d'un résident par ambulance aérienne, en Alberta, lorsque ce mode de transport est nécessaire pour assurer le niveau de service prescrit par le médecin.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents de l'Alberta, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation à condition d'être inscrits auprès du ministre. Toutefois, si le ministre découvre un résident non inscrit, il peut l'inscrire ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit permet au résident d'être admissible aux services hospitaliers et aux services de santé assurés.

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospitalization Benefits Plan*, et le régime d'assurance-santé, le *Health Care Insurance Plan*, sont gérés sans but lucratif. Le ministre de la Santé est responsable des deux régimes et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, là où elles sont disponibles; l'usage des installations pour les services de radiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'oxygénothérapie, de thérapie psychiatrique et de physiothérapie dispensés aux malades hospitalisés et externes, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cette mesure se justifie pour des raisons médicales; les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministère; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou au moyen de tout autre véhicule commercial; des malades hospitalisés en Alberta; les fournitures et services utilisés pour la consultation externe, y compris les fournitures servant au traitement médical; et certains médicaments désignés, distribués par des cliniques situées à Edmonton et à Calgary aux personnes atteintes de cancer, de fibrose kystique, du VIH, du sida ou d'un défaut de croissance hormonale, ou encore à des personnes ayant besoin d'une transplantation d'organe.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision et le téléphone; les médicaments, les appareils et les produits biologiques emportés au domicile; les services infirmiers privés; le transport des patients externes entre hôpitaux; les membres artificiels et autres appareils prothétiques externes; et les examens à la demande d'un tiers.

Le ministère de la Santé administre le *Cleft Palate/Lip Program*, programme de fissure palatine ou labiale, et subventionne le *Early Detection of Breast Cancer Program*, le programme de dépistage précoce du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés en vertu du régime d'assurance-santé comprennent tous les services qui sont dispensés par des médecins et prévus par les règlements — les *Medical Benefits Regulations* — et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste dans les cas prévus par les règlements.

Les services non assurés en vertu du régime comprennent : les services médico-légaux; les rapports ou certificats médicaux; les consultations téléphoniques; les examens reçus par un tiers afin

dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives prévoient une commission d'enquête sur la rémunération des médecins, la *Medical Compensation Review Board*, qui sert de groupe d'arbitrage advenant l'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente. Au cours de 1994-1995, 239 millions de dollars ont été versés aux médecins exerçant dans la province. La *Medical Care Insurance Branch* a déboursé près de 12,3 millions de dollars pour les services médicaux dispensés à l'extérieur de la province.

Services complémentaires de santé

La *District Support Branch* du ministère de la Santé de la Saskatchewan verse des fonds aux conseils de santé de district pour le financement de programmes de soins à domicile et de foyers de soins spéciaux.

Les programmes de soins à domicile administrés par les conseils de santé de district fournissent toute une gamme de services : évaluation et coordination des soins, repas, soins infirmiers, aide familiale (soins personnels et relève), entretien ménager, divers services de bénévoles et, occasionnellement, thérapies. Les programmes d'aide communautaire comprennent des programmes de jour pour adultes et des programmes de services de relève.

Les foyers de soins spéciaux fournissent des soins en établissement aux adultes qui ne requièrent pas de soins aigus mais ont besoin de plus de soins ou de surveillance qu'ils n'en auraient chez eux.

Les foyers de soins personnels sont des établissements privés qui fournissent des soins en établissement aux personnes de plus de 18 ans. Ces établissements sont agréés et inspectés chaque année, en application de la *Personal Care Homes Act*, loi régissant l'agrément et la surveillance de ce genre d'établissement, qui a été votée en août 1989 et promulguée le 1^{er} octobre 1991. La *District Support Branch* finance les programmes de santé communautaire, de santé mentale et de désintoxication offerts dans le cadre d'un établissement, d'un foyer ou de la collectivité. Elle administre également certains programmes, comme le *Community Therapy Program*, le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program* et le *Chiroprody Program*.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province
Les résidents qui élisent domicile, de façon permanente, à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Saskatchewan déclare que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

Au 31 mars 1995, la province comptait 79 hôpitaux pour soins actifs, pour un total de 6 459 lits. En outre, 62 centres de santé et un hôpital de réadaptation offrent des services de consultation externe d'urgence. Il n'y a pas de frais modérateurs imposés pour les services hospitaliers. La province compte 1 192 médecins actifs. Depuis le mois d'août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite. En vertu d'un nouveau système de paiement de participation introduit en 1992, les chiropraticiens peuvent maintenant facturer à la plupart de leurs patients un montant en sus du montant payé par le régime.

Paiements aux districts de santé et aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux districts de santé et aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque district de santé ou chaque hôpital au cours de l'exercice.

Au 31 mars 1995, 29 districts de santé ont été établis en vertu de la loi sur les districts de santé (*The Health Districts Act*). Chaque district de santé reçoit des fonds pour l'ensemble de ses hôpitaux, foyers de soins spéciaux, services d'ambulance et services de soins à domicile. Par ailleurs, cinq hôpitaux du nord de la province ne sont intégrés à aucun district de santé. En 1994-1995, les fonds versés aux districts de santé et aux cinq hôpitaux du Nord ont totalisé 954,3 millions de dollars (907,3 millions pour les frais de fonctionnement et 47,0 millions pour les frais d'immobilisations), dont 625,7 millions de dollars environ pour les services de soins en établissement et les services de consultation externe fournis par les hôpitaux et les centres de santé. Dans le cadre des ententes réciproques, les hôpitaux et les districts de santé de la Saskatchewan ont reçu 9,1 millions de dollars pour les services hospitaliers et 1,7 million de dollars pour les services de consultation externe dispensés aux résidents des autres provinces et territoires. Les paiements effectués pour des services hospitaliers assurés fournis à des résidents de la Saskatchewan à l'extérieur de leur province se sont élevés à 28,6 millions de dollars en 1994-1995.

Mode de paiement des soins médicaux

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème des honoraires et aux règlements d'évaluation de la *Medical Care Insurance Branch*.

Rémunération raisonnable

Les dispositions législatives adoptées prévoient, notamment, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces mesures, un comité de révision de la rémunération des médecins est mis en place, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé et la *Saskatchewan Medical Association*. Ce comité doit essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être disponible pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'ils sont établis

Sont admissibles aux services de santé assurés, sans délai de résidence : les membres libérés des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale; les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la loi de l'assistance de la Saskatchewan, la *Saskatchewan Assistance Act*. En sus, une couverture immédiate est disponible pour les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province et détiennent un permis de travail.

Tout résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire sous réserve des conditions suivantes : il est physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins six mois chaque année; il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et a l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; il occupe un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et a l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; et il est ordinairement physiquement présent en Saskatchewan, mais en est temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des raisons de vacances, de visite, d'affaires ou d'emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le ministère de la Santé paie les services hospitaliers assurés, au taux de la province ou du territoire d'accueil. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer le régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés à la Direction générale.

La Direction générale des soins médicaux rembourse, en vertu de l'entente de facturation réciproque, le coût des services médicaux assurés offerts dans les autres provinces et dans les territoires, à l'exception du Québec. Les médecins de l'extérieur de la province s'adressent directement au régime de leur province en ce qui concerne la facturation des services offerts aux résidents de la Saskatchewan. Les factures sont envoyées de façon périodique à la *Medical Care Insurance Branch* de la Saskatchewan afin d'être acquittées.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services internes urgents assurés fournis dans les hôpitaux approuvés sont payés jusqu'à un taux maximal de 100 \$ canadiens par jour.

Les services externes urgents fournis dans les hôpitaux approuvés à l'extérieur du Canada sont payés jusqu'à concurrence de 50 \$ canadiens par visite.

Les services médicaux urgents assurés à l'intérieur de la province, mais fournis à l'extérieur du Canada, sont habituellement payés en dollars canadiens aux taux approuvés en Saskatchewan. Les services hospitaliers et médicaux facultatifs sont assurés seulement si l'approbation préalable écrite a été obtenue du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

On n'est pas tenu d'obtenir l'approbation préalable pour la couverture des services médicaux d'urgence aux taux de la Saskatchewan. Toutefois, quand un médecin spécialiste obtient l'autorisation de la *Medical Care Insurance Branch* avant que le sujet ne soit traité à l'étranger pour un service qui n'est pas offert en Saskatchewan ni ailleurs au Canada, les médecins peuvent être payés à un taux raisonnable (y compris le taux de change) facturé à l'endroit du service obtenu.

Les personnes qui reçoivent des traitements, des procédures ou des médicaments anticancéreux à l'extérieur du Canada doivent obtenir l'approbation préalable.

physiothérapie; le *College of Medicine* à l'Université de Saskatchewan; et autres organisations de santé.

Les médicaments d'ordonnance reçus hors de l'hôpital sont admissibles au titre du programme de prestations à frais partagés de la *Saskatchewan Prescription Drug Services Branch*.

Les prestations complémentaires comprennent les frais imputés aux patients pour le transport médical d'urgence (les services d'ambulance terrestres et les services gouvernementaux d'ambulance aériennes).

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Les services non assurés par la *Medical Care Insurance* comprennent : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais de déplacement; les conseils donnés par téléphoner; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les lunettes; les vaccinations de groupe; les services qu'un médecin se dispense à lui-même ou aux personnes dont il a la charge; l'acupuncture; la fécondation *in vitro*; et les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'emploi, d'assurance, de poursuites judiciaires, etc.

En plus des services de santé de base assurés, la province offre également, avec des restrictions : un régime d'assurance-médicaments; un programme d'éducation en matière de soins dentaires pour les enfants; un régime de prothèses auditives; le *Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Program*, qui met du matériel et des appareils médicaux à la disposition des personnes handicapées; une couverture limitée pour les services fournis par les chiropraticiens et les optométristes; et la couverture des services fournis par les podiatres.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi et des règlements de l'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan, les *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, tous les assurés ont droit aux services couverts par le ministère de la Santé. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidents par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est exigée.

Ne sont pas admissibles aux prestations : les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans la province ou dans le territoire où ils résident; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes; et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes cétibataires sont admissibles aux services assurés à partir du premier jour du troisième mois qui suit leur arrivée en Saskatchewan. Les personnes mariées sont assurées dès le premier jour qu'une ou l'autre devient résidente de la Saskatchewan, suivant la date qui est la plus tardive.

Saskatchewan

Gestion publique

Régime d'assurance-hospitalisation

La *Integrated Service Division, District Support Branch*, du ministère de la Santé de la Saskatchewan, *Saskatchewan Health*, assure la gestion à but non lucratif des services hospitaliers. Le ministère de la Santé est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Soins médicaux

Avant le 1^{er} janvier 1988, le régime provincial de soins médicaux, le *Medical Care Insurance Plan*, était administré sans but lucratif par la Commission d'assurance-santé de la Saskatchewan, la *Medical Care Insurance Commission*. Cette Commission relevait du gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan. Depuis le 1^{er} janvier 1988, le ministre de la Santé de la Saskatchewan ont été intégrées à la *Medical Care Insurance Branch* du ministère provincial de la Santé.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les hôpitaux fournissent un éventail complet de services hospitaliers assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plaques ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les services de radiographie, les services de laboratoire et les autres services de diagnostic; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrées à l'hôpital et approuvées par le ministre.

Les services non assurés, qu'ils soient fournis dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, comprennent : les soins complémentaires dans la province; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; les services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; les soins de garde, qu'ils soient fournis à l'hôpital ou au domicile du patient, et les soins et les traitements fournis dans des établissements spécialisés avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; les traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; le rétablissement de la fécondité; l'électrolyse; les prothèses péniennes; les services liés aux opérations des cataractes et aux images par résonance magnétique (IRM) hors de la province sans l'approbation préalable et écrite du ministre de la Santé de la Saskatchewan; certains médicaments, substances biologiques et préparations connexes; les frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux dans une même ville de la province; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et qui font appel à des interventions ou à des médicaments de traitement non approuvés au Canada; et les médicaments et appareils que les patients emportent à domicile.

En plus des services hospitaliers, les directions générales financent directement divers organismes, programmes et activités, dont les suivants : la *Saskatchewan Cancer Foundation*; la Société canadienne de la Croix-Rouge; les cliniques communautaires; les installations de

Services complémentaires de santé

Santé Manitoba administre le *Home Care Program*, un programme de soins à domicile qui fournit, dans l'ensemble de la province, des services professionnels de soins de santé à domicile ainsi que divers services d'aide. La plupart des services que reçoivent les clients dans le cadre de ce programme sont dispensés par des travailleurs qui fournissent les services directement aux patients et qui sont employés par les bureaux régionaux du Ministère. Certains de ces services sont dispensés à contrat par certains organismes, comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria, les Services de thérapie communautaires et Ten Ten Sinclair. Outre les services de soins à domicile, c'est également dans le cadre de ce programme que sont évalués les clients en vue de leur placement en établissement dans le cadre des services de soins prolongés.

Les établissements de soins personnels sont financés par l'entremise du ministère de la Santé du Manitoba, qui est responsable de leur émettre un permis. Les services fournis aux personnes admissibles résidant dans des établissements de soins personnels sont assurés par le régime d'assurance-maladie du Manitoba. Les clients de ces établissements paient des frais quotidiens d'hébergement.

D'autres programmes de soins complémentaires de santé sont offerts par le Programme de soins à domicile, par exemple : l'oxygénothérapie à domicile; l'antibiothérapie par voie intraveineuse; le programme d'équipement et de fourniture pour soins à domicile du Manitoba; le programme de stomies; la dialyse à domicile; et d'autres agences ou services subventionnés par le Programme de soins à domicile, par exemple : *Meals on Wheels*, *Winnipeg Inc.*, la *Manitoba Alzheimer Society*, *Housing with an Independent Difference (HIDI)* et les services de fauteuils roulants de la *Society for Manitobans with Disabilities*.

prolongés, soins palliatifs, maladies chroniques, évaluation et réadaptation à long terme et lits à panneaux) pour servir une population de 1 145 767 personnes, soit 4,0 lits de soins aigus et 0,8 autre lit pour 1 000 personnes.

Cinquante-six pour cent des Manitobains vivent à Winnipeg, qui compte 2 460 lits de soins aigus et 731 autres lits. La ville a deux hôpitaux universitaires et cinq hôpitaux communautaires. Le plus petit de ces établissements comporte 136 lits, et le plus gros 854 lits. Il y a, en outre, deux hôpitaux pour soins prolongés et un établissement de soins psychiatriques pour adolescents. La population rurale du Manitoba est servie par l'hôpital général de Brandon, qui compte 319 lits financés par la province, et 69 hôpitaux communautaires ou hôpitaux de district, qui comptent entre 4 et 128 lits financés par la province, ainsi que par deux hôpitaux fédéraux et 18 postes fédéraux de soins infirmiers. De plus, la population rurale du Manitoba a accès aux lits pour soins aigus de Winnipeg.

Si le nombre de médecins du Manitoba est comparable à celui des autres provinces, la répartition des médecins à l'intérieur de la province suscite des préoccupations. Un comité des ressources médicales comprenant un grand nombre de représentants de tous les groupes intéressés a été établi afin d'élaborer un plan global pour les ressources médicales du Manitoba; son rapport doit être diffusé d'ici le 31 décembre 1995.

Paiements aux hôpitaux

Les paiements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés.

Les dépenses totales de Santé Manitoba au chapitre des services hospitaliers se sont élevées, pour l'exercice 1994-1995, à 977 210 900 \$. Il s'agissait des versements suivants : 1 857 100 \$ aux hôpitaux fédéraux; 15 389 200 \$ aux établissements sous contrat et aux services de transfusion de la Croix-Rouge; 16 805 300 \$ aux hôpitaux de l'extérieur de la province; 919 132 400 \$ aux hôpitaux généraux publics; 24 026 900 \$ aux centres de santé communautaire et aux cliniques.

Mode de paiement des soins médicaux

La majorité des médecins de la province sont rémunérés selon un barème d'honoraires négocié avec l'Association médicale du Manitoba. Environ 25 p. 100 des honoraires des médecins sont établis sous forme d'arrangements autres que la rémunération à l'acte, par exemple en vertu de dispositions prévoyant le versement d'un salaire, d'un paiement à la séance ou d'une rémunération par bloc de prestation.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du régime d'assurance-santé et de se faire payer directement par leurs patients. La surfacturation, c'est-à-dire la facturation au-delà des taux négociés par le gouvernement et l'association médicale, est interdite.

L'Association médicale du Manitoba et Santé Manitoba travaillent de concert à l'élaboration d'un barème de valeurs relatives, fondé sur les ressources disponibles, pour le paiement des services médicaux.

Rémunération raisonnable

Une entente de cinq ans entre le gouvernement manitobain et l'Association médicale du Manitoba est en vigueur du 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1998. Cette entente établit des limites annuelles quant au coût total des services des médecins rémunérés à l'acte au Manitoba. Le Conseil des services médicaux du Manitoba doit établir un plan permettant de faire en sorte que cette limite ne soit pas dépassée en 1995-1996.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et les services de consultation externe assurés. Il paie les frais des services hospitaliers selon les taux prévus par le régime de la province ou du territoire où a eu lieu l'hospitalisation, et les frais des services de consultation externe, selon les taux interprovinciaux et interterritoriaux standard autorisés.

Le paiement des services professionnels (médicaux) est effectué conformément à l'accord de facturation réciproque entre les provinces (sauf pour le Québec). Les demandes de paiement pour les services médicaux dispensés au Québec sont présentées par les patients ou par les médecins à la Direction générale des services assurés du Manitoba, qui paie les services au taux établi par la province hôte.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie subite sont payés comme suit :

- patient hospitalisé — au taux le plus bas entre : soit le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba
- services externes — au taux le plus bas entre : soit le tarif exigé par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit un montant fixe par visite, prescrit dans la réglementation.

Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada, à la suite d'une recommandation d'un spécialiste compétent du Manitoba approuvée par le ministre, lorsque ces services ne sont pas disponibles ou ne peuvent être fournis adéquatement au Manitoba ou ailleurs au Canada, sont payés comme suit :

- patient hospitalisé — au taux le plus élevé entre : soit 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit le taux quotidien prescrit dans la réglementation pour un hôpital du Manitoba dont le nombre de lits est semblable;
- services externes — au taux le plus élevé entre : soit 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés fournis, soit un montant fixe par visite, prescrit dans la réglementation.

Le paiement des services hospitaliers se fait en dollars américains. Pour les prestations médicales urgentes et les dossiers dirigés à l'extérieur du Canada par un spécialiste compétent avec l'approbation du Ministre, les paiements sont calculés selon le barème des honoraires actuel du Manitoba et versés en dollars canadiens.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque afin d'éviter qu'il y ait rupture de la continuité de couverture des services hospitaliers et médicaux nécessaires.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit la date de leur départ du Manitoba.

Accessibilité

Accès raisonnable

Les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Au 31 mars 1995, le Manitoba comptait au total 4 527 lits d'hôpitaux pour soins aigus financés par la province, et 912 autres lits également financés par la province (soins psychiatriques

autorisés par Santé Manitoba; les soins qu'un médecin, dentiste, chiropraticien ou optométriste se dispensent à eux-mêmes ou dispensent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps des déplacements; les consultations téléphoniques; les services de psychologues, chiroprodistes, naturopathes, podiatres et autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation *in vitro*; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; et la psychanalyse.

En plus des services de santé assurés de base, Santé Manitoba fournit, avec des restrictions, les services suivants : programme d'assurance-médicaments; lunettes pour les personnes âgées; lentilles cornéennes pour les personnes âgées et pour les jeunes enfants souffrant d'anomalies congénitales; appareils et services d'orthèses et de prothèses; appareils de télécommunication pour les sourds profonds; prothèses oculaires; prothèses mammaires et soutiens-gorge médicaux; soins dentaires pour les patients qui ont une fissure labiale ou une fente palatine; prothèses auditives et chausssures orthopédiques pour les enfants; programme de transport d'urgence par ambulance aérienne; transport des patients résidant dans le Nord qui doivent subir des traitements médicaux; subvention pour les frais de transport hors de la province pour les patients envoyés pour des traitements médicaux non disponibles dans la province; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens et d'optométristes. Le Ministère administre aussi le *Land Ambulance Services Program*, qui fournit des subventions pouvant être utilisées pour acheter des ambulances et de l'équipement ou pour subventionner les coûts d'exploitation.

Universalité

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, qui ont légalement le droit d'habiter au Canada et qui élisent domicile au Manitoba et qui sont présents physiquement au moins six mois au cours d'une année, sont admissibles à la couverture sous réserve d'un délai minimal de carence (voir la section sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes à leur charge. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital, auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba et qui viennent d'une autre province ou d'un territoire deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba. En outre, les personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de plus d'un an sont admissibles à la couverture. Les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les détenus libérés des pénitenciers fédéraux sont assurés dès le premier jour de leur congé.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois. Les étudiants qui ont l'intention de retourner habiter au Manitoba à la fin de leurs études sont couverts pendant leurs périodes d'études. Une personne doit être physiquement présente dans la province pendant au moins six mois chaque année afin d'être admissible à la résidence.

Manitoba

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba, le *Manitoba Health Services Insurance Plan*, est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un « régime d'assurance-santé » tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par le ministère de la Santé, par l'intermédiaire du *Fonds d'assurance-maladie du Manitoba*, créé par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Fonds fournit une assurance relative aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

Le Ministère doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel sur le Fonds, y compris un bilan vérifié ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le bureau du Vérificateur de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie,

d'ergothérapie et d'orthophonie lorsque de telles installations sont disponibles. La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris la dialyse dans un centre approuvé. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les médicaments et les pansements que les malades emportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services infirmiers privés; et les commodités personnelles comme la télévision, la radio, le téléphone, etc.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont dispensés aux assurés en vertu d'autres lois.

Régime de soins médicaux

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au cabinet du médecin ou au domicile du patient : le diagnostic et le traitement des incapacités et des maladies; les analyses et examens médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dispensés dans un établissement approuvé, par Santé Manitoba; et les services d'immunisation, d'injection et d'analyses. Les services dentaires assurés, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial agréé ou un dentiste agréé, comprennent : l'extraction chirurgicale de dents incluses; la

réfection de traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche; et, en cas d'urgence ou à la demande spéciale d'un médecin, l'exécution d'une réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire, pratiquée par un médecin ou une personne participant à une telle intervention.

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont

Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement au régime les services fournis à certains groupes de patients précisés et par l'entremise d'un groupement médical, les services fournis dans des hôpitaux publics, des centres d'accueil et d'autres établissements. La proportion du nombre de médecins qui ne participent pas au régime par rapport à ceux qui y adhèrent a diminué de moins de deux pour cent depuis l'adoption de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé.

Rémunération raisonnable

Depuis quelques années, il existe un Comité mixte de la rémunération des médecins constitué de membres de l'Association médicale de l'Ontario, du gouvernement provincial, ainsi que d'un président neutre. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime qui soient acceptables pour les deux parties. En cas d'impasse, on a recours aux services du président qui agit à titre d'enquêteur. Les parties intéressées étudient actuellement le processus de négociation.

Des membres du gouvernement et de l'Association dentaire de l'Ontario négocient des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime qui visent les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux.

Au cours de 1993-1994, la somme de 4 338 565 518 \$ a été versée pour les soins médicaux. Cette somme comprend les paiements pour les services de médecin et de laboratoire. Le régime a déboursé 12 785 304 \$ pendant l'exercice 1993-1994 pour les services médicaux reçus à l'extérieur de la province (le système de facturation médicale réciproque, à l'exception du Québec).

Services complémentaires de santé

Le ministère de la Santé subventionne les soins prolongés fournis dans les centres d'accueil, les foyers pour personnes âgées et les établissements de charité qui relèvent du ministère des Services sociaux et communautaires. De plus, il existe des services de soins actifs et de soins chroniques, notamment des services de dialyse à domicile et des services de suralimentation.

L'Ontario entreprend actuellement une réforme importante et détaillée de la prestation, du financement et de l'administration des services de soins prolongés, qui mettra l'accent sur les services communautaires et les services à domicile comme remplacement des soins traditionnels en établissement.

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises aux hôpitaux par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs pour logement et pension imposés aux malades atteints de maladies chroniques après 60 jours sont autorisés. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas des personnes dans le besoin.

En 1993-1994*, on comptait dans la province 221 hôpitaux publics dotés en personnel et actifs, dispensant des soins chroniques, généraux ou de réadaptation spéciale. Au cours de l'exercice, le nombre de jours-patients aigus a été de plus de 8 288 296 et le nombre de jours-patients chroniques de plus de 3 651 347 dans les hôpitaux publics.

Un nombre adéquat de médecins assure un accès raisonnable aux services médicaux. Le Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Deux programmes ont été mis sur pied à l'intention des résidents du nord de l'Ontario : le Programme incitatif à l'établissement de médecins spécialistes dans le Nord, qui procure une aide financière aux spécialistes qui pratiquent dans le nord de l'Ontario; et la Subvention pour frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants du Nord de l'Ontario, qui fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir plus de 100 kilomètres (aller) dans le nord de l'Ontario ou du Manitoba, ou plus de 200 kilomètres (aller) pour se rendre à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux spécialisés.

L'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Ceux qui facturent directement le malade ne peuvent demander ni accepter de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte des facteurs suivants : l'inflation, l'accroissement de la charge de travail, l'introduction de nouveaux programmes approuvés et l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois.

En 1993-1994, l'Ontario a versé un montant de l'ordre de 7,9 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements sous contrat pour les services assurés. En 1993-1994, un montant estimatif de 105 217 682 \$ a été versé aux hôpitaux de l'extérieur de la province pour les services assurés fournis aux résidents de l'Ontario.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont essentiellement payés à l'acte, selon le barème des honoraires prévu dans le règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer à ce dernier tous les services, ou de ne pas participer au régime et de facturer aux patients spécifiquement les services. En

* La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

Les résidents doivent avoir leur résidence permanente et principale en Ontario pendant au moins 183 jours au cours de toute période de 12 mois pour continuer d'avoir droit aux services assurés.

En vertu de l'Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité, les résidents qui travaillent ou étudient temporairement dans une autre province canadienne continuent d'avoir droit aux services assurés. Pour éviter une interruption de la protection, ils doivent avertir le ministre de la Santé de leur intention de s'absenter.

Une personne assurée qui s'absente temporairement du pays pour son travail ou ses études peut également rester assurée. Toutefois, elle doit d'abord avertir de son projet le ministre de la Santé et recevoir confirmation de son admissibilité. Des restrictions s'appliquent relativement à la nature et à la durée du séjour à l'étranger.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces et les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province ou du territoire où le malade a été hospitalisé. En ce qui a trait à la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. L'Ontario participe également à une entente de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et les territoires, à l'exception du Québec, en ce qui a trait aux services médicaux assurés.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1^{er} septembre 1995, les taux quotidiens de remboursement des services hospitaliers d'urgence dispensés à l'extérieur du pays sont les suivants :

- un maximum de 400 \$ canadiens pour des services à un patient hospitalisé;
- un maximum de 50 \$ canadiens pour des services assurés en consultation externe;
- un maximum de 210 \$ canadiens pour une dialyse.

Les services médicalement nécessaires d'un médecin ou d'un autre praticien admissible (chiropraticien, dentiste, optométriste, pédicure et ostéopathe), dispensés à l'extérieur du Canada, ainsi que les analyses de laboratoire requises de façon urgente hors du pays, sont remboursés au moindre des montants suivants : soit le taux prévu dans le barème des services du ministère de la Santé de l'Ontario, soit le montant du service facturé.

Lorsqu'un traitement médicalement accepté ne peut être dispensé en Ontario, ou dans les situations où le patient risque de perdre la vie ou de subir des dommages physiques irréversibles, le médecin ontarien de ce patient peut demander que le ministère rembourse en entier les services de santé qui seront dispensés au patient à l'étranger. Pour que des services dispensés dans de telles circonstances soient admissibles à un plein remboursement, il faut qu'une demande d'approbation préalable du paiement de services de santé dispensés hors du pays soit remplie et présentée par un médecin de l'Ontario avant le départ du patient.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident de l'Ontario qui quitte cette province de manière permanente pour s'établir immédiatement dans une autre province ou un territoire du Canada a droit aux services assurés pendant trois mois à compter de la date de son départ.

médicaux et les tests; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; et les immunisations, les injections et les tests. Les services dentaires assurés comprennent : le traitement des blessures traumatiques; les incisions chirurgicales; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homéogreffes; les implants; et les reconstructions faites dans un hôpital à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain et d'autres traitements dentaires précisés, lorsqu'il est médicalement nécessaire qu'ils soient effectués à l'hôpital.

Outre les services de santé assurés de base, le ministère de la Santé offre également les services suivants : une évaluation oculo-visuelle par un optométriste; un programme d'assurance-médicaments pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont légalement le droit de demeurer au Canada et qui résident en Ontario, et aux bénéficiaires de l'aide sociale; un programme d'appareils et de prothèses tels que les prothèses auditives, les fauteuils roulants, l'équipement respiratoire et les fournitures, et une subvention annuelle pour les aiguilles et les seringues destinées aux personnes âgées diabétiques qui ont besoin d'insuline; un programme de subvention pour les frais de transport à des fins médicales accordé aux habitants du nord de l'Ontario; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes et de chiroprodistes, et les services de physiothérapeutes dans une installation désignée à cette fin.

Les services non assurés comprennent : les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la région d'exercice; les frais liés aux appels interurbains; la préparation ou la remise d'un médicament, d'un antiseptique ou d'une autre substance; les conseils donnés par téléphone à la suite d'une demande de la personne assurée ou de son représentant; une entrevue ou une conférence de cas; la préparation et la transmission d'un dossier à la demande de la personne assurée; un service reçu, en tout ou en partie, pour la production ou la préparation d'un document ou la transmission de renseignements dans des circonstances précises; la production ou la préparation d'un document ou la transmission de renseignements dans des circonstances précises; la rédaction d'une ordonnance lorsqu'aucun service connexe n'est rendu; la chirurgie esthétique; les procédures liées à l'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de dépistage de groupe; et les programmes de recherche et d'enquête. Cette liste n'est pas exhaustive et est sujette à des exceptions. Veuillez consulter l'article 24 du règlement 552 relevant de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario et le Barème des prestations des médecins.

Universalité

Sous réserve de certaines exceptions, tous les résidents de l'Ontario ont droit aux services assurés après une période d'attente de trois mois. Le règlement qui relève de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario définit quels types de personnes sont des résidents de l'Ontario et quels types sont soumis à la période d'attente de trois mois (voir l'article 11 de la Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario et les règlements 490 et 491/94). Chaque résident de l'Ontario doit s'inscrire lui-même. Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés visés par les contributions fédérales sont offerts aux résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Délai minimal de résidence

Sous réserve de certaines exceptions, les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent résider en Ontario et qui demandent à être couverts par l'assurance-santé doivent se soumettre à une période d'attente de trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés (voir le règlement 491/94).

Le régime d'assurance-santé est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un « régime d'assurance-santé » tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Gestion publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, afin d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé, par des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux malades hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédures de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie.

Les services de consultation externe assurés sont les suivants : les analyses de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédures de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie là où elles existent; des services de consultation en matière d'alimentation; l'utilisation du matériel pour l'hémodialyse et la surveillance à domicile; les fournitures et les médicaments; la prestation de matériel de fournitures et de médicaments à utiliser à domicile par les hémophiles; et la fourniture des médicaments prescrits à emporter à la maison, dont la cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe, l'AZT pour les patients atteints du sida, l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse, le vaccin contre la rage et les médicaments pour le traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; le téléphone; la télévision; les coûts des services infirmiers privés; la chirurgie esthétique, dans la plupart des cas; les divers médicaments emportés à la maison par les patients, avec certaines exceptions; et les visites à l'hôpital, sur le territoire de la province, aux seules fins d'administration de médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario offre également des services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques de la province; la composante des résidences au Programme pour foyers de soins spéciaux; les services d'ambulance (par voies aériennes et terrestres); les traitements dentaires pour les personnes ayant un bec de lièvre et une fissure du palais, inscrites à une clinique désignée; et le financement d'un programme provincial de dépistage du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens

En 1993*, il y avait 123 centres hospitaliers pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 33 440 lits. Ces centres hospitaliers ont admis 775 700 patients qui ont été hospitalisés, soit l'équivalent d'environ 10 548 000 jours-patients.

Paiements aux centres hospitaliers

Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis. Les paiements versés en 1994-1995 aux centres hospitaliers pour les services de santé assurés fournis aux résidents du Québec se sont élevés à environ 6 milliards de dollars** et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 95 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministère peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effets de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministère peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1994-1995, la Régie a versé un montant évalué à 2 177 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,8 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les soins intermédiaires, les soins aux adultes en établissement et les services de soins à domicile sont disponibles. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont basées sur un outil d'évaluation unique. Les centres locaux de services communautaires reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou dirigent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, des services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients, en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

* La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

** Ce montant n'inclut pas les quelque 600 millions de dollars alloués aux ex-centres hospitaliers de soins de longue durée.

le 1^{er} novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, habituellement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 498 \$ canadiens par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 60 \$ par visite pour les soins dispensés sur une base externe, y compris dans les deux cas les services de diagnostic et thérapeutiques associés. Les services doivent être dispensés dans un établissement reconnu accrédité comme hôpital ou centre hospitalier par les autorités compétentes dont l'établissement relève. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés sous forme d'assurance-hospitalisation à 100 p. 100 dans les cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans d'autres cas lorsque les services sont dispensés dans la région où ils sont en poste.

Les services médicaux sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement encourus. Les pharmaciens et les pharmaciens. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger. Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des soins hospitaliers qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec approbation préalable. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ. Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Il n'y a aucun frais de surfacturation par les médecins du Québec. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale; et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral ne sont pas assurées par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province ou un territoire du Canada devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province ou du territoire d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie. Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif dont le siège social est au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut de résident pourvu qu'elles avisent la Régie de leur absence. Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province pour y chercher ou occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat alors que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société dont le siège social est au Québec ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut de résident pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation et qu'elles reviennent au Québec une fois tous les 12 mois.

183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles avisent la Régie.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration*, les Canadiens rapatriés et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada, les membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est également fournie aux ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de trois mois ou plus ou qui y séjournent en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent dans une autre province ou dans un territoire d'accueil, ou au niveau taritaire interprovincial et interterritorial approuvé pour les services de consultation externe.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le taux des honoraires de l'Ontario lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Ontario. Cette entente portant sur le paiement des services offerts dans la province d'accueil pour la région d'Ottawa et de l'Ontario est entrée en vigueur

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins ainsi que les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire, déterminé par règlement par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non lié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection faite à un groupe ou faite à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles de contact; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins que tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée à des fins de dépistage, la tomopdensitométrie, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que tous ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier; tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier autorisé à cette fin; et tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation pour un problème de daltonisme ou de réfraction dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles de contact.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains résidents du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et les prestataires de la Sécurité du revenu, les services optométriques; les services dentaires et les prothèses dentaires acryliques pour les enfants; les prothèses, les appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autre équipement pour les personnes qui ont une déficience ou une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives et visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils permanents fournis aux stomisés; les services pharmaceutiques et les médicaments prescrits pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'Allocation au conjoint et celles de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du Programme de la sécurité de la vieillesse; et les médicaments non inscrits sur la liste pour les patients d'exception atteints de maladie grave ou chronique.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les services reçus par les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes, ou membres de la Gendarmerie

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (ex-centres hospitaliers de soins de longue durée)¹ et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers et dans les centres locaux de services communautaires.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement dans une salle commune et les repas; les soins infirmiers nécessaires; la fourniture du matériel de chirurgie courante; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; la fourniture des médicaments, des prothèses et orthèses et des produits biologiques et les préparations s'y rattachant; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs; l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie de moindre importance; la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; et d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques commandés après que le patient est sorti du centre hospitalier; et les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

¹ Depuis le 1^{er} octobre 1992, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil d'hébergement font partie d'une seule catégorie d'établissements (centres d'hébergement et de soins de longue durée — CHSLD) sans que leur mission spécifique ne soit modifiée pour autant.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* doit se faire agréer auprès du conseil hospitalier régional pour recevoir un numéro de facturation du ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les tarifs des services qui ne figurent pas dans ce barème sont établis par le directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. Au cours de 1994-1995 les paiements faits aux médecins de la province pour les services rémunérés à l'acte se sont élevés à 169,3 millions de dollars. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à 8,7 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

En vertu du Programme de services en centre d'accueil, les services de soins en centre d'accueil sont dispensés sous les auspices de la Division des services en établissements du ministère de la Santé et des Services communautaires à titre de services non assurés. Les établissements de soins aux adultes et les soins qui y sont prodigués existent grâce à divers organismes et sources de financement. La Division des services sociaux, familiaux et communautaires du Ministère est responsable des programmes de résidences communautaires et de foyers de soins spéciaux, des services communautaires pour les personnes âgées et des services communautaires dans le cadre de programmes pour adultes handicapés.

Des soins de santé à domicile sont fournis par l'entremise de l'hôpital extra-mural. Ils comprennent les soins actifs (médicaux et chirurgicaux), les soins palliatifs et les soins prolongés.

Les services aux patients hospitalisés offerts dans la province sont payés au tarif du

Nouveau-Brunswick.

Les services aux patients hospitalisés qui ne sont pas offerts dans la province sont payés au

tarif moyen pour salle commune de trois grands hôpitaux canadiens.

Tous les services médicaux autorisés et dispensés à l'étranger sont couverts, en dollars

canadiens, quelles que soient les circonstances.

Les services médicaux qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick sont payés aux tarifs de l'Ontario ou du Québec (à l'exception des services de pathologie, de radiologie et d'ultrasasonographie

diagnostique qui sont payés à 70 p. 100).

L'approbation préalable est requise pour les traitements de désintoxication administrés dans un hôpital de l'étranger ou pour les traitements administrés dans un établissement psychiatrique du

Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts

jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province ou le

territoire. Toute personne qui quitte le Canada pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ,

d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les personnes admissibles ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et

d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit aux services assurés.

Les statistiques préliminaires des hôpitaux pour 1994-1995 sont les suivantes* : nombre de

jours-patients – 998 943 (à l'exclusion des nouveau-nés); nombre d'admissions – 119 529 (1993-

1994)**; nombre de congés – 120 618; et nombre de consultations pour des soins d'urgence –

812 407. En outre, il y a eu 1 404 743 jours-patients, 13 546 admissions et 13 277 congés de l'hôpital

extra-mural.

Au cours de l'exercice 1994-1995, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont

dispensé 5,6 millions de services en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de

l'extérieur de la province en ont dispensé 200 000, ce qui donne comme total 5,8 millions de services.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des

services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux toutes les deux semaines. Les dépenses

totales au titre des services hospitaliers assurés administrés dans la province sont estimées à

597,9 millions de dollars pour 1994-1995. De plus, la province a versé environ 33,8 millions de

dollars pour les services hospitaliers fournis hors province aux résidents du Nouveau-Brunswick.

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont pour leur part reçu des autres provinces et des

territoires près de 19,1 millions de dollars pour les services dispensés à des résidents de l'extérieur de

la province.

* Tous ces montants excluent l'hôpital extra-mural.

** La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

Pour avoir droit aux services de santé assurés, les bénéficiaires et les personnes qui sont à leur charge doivent être inscrits. Une fois inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui porte le nom, la date de naissance et le numéro d'assurance-maladie du résident, ainsi que la date d'expiration de la carte. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement hospitalier. Aucune prime n'est perçue. Dès le 1^{er} septembre 1992, la carte d'assurance-maladie comprenait également une date d'expiration.

Transférabilité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne venant d'une autre province ou d'un territoire a le droit de devenir bénéficiaire du régime à partir du premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour, lorsque la résidence à temps plein au Nouveau-Brunswick est établie : les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers au moment de leur libération au Nouveau-Brunswick. Une personne qui arrive de l'étranger peut être admissible à devenir bénéficiaire en vertu du régime d'assurance-maladie dès le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle est arrivée dans la province et y a établi sa résidence permanente. Cela s'applique aux conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la première fois; les immigrants reçus; les Canadiens rapatriés; les Canadiens qui reviennent au pays; les immigrants reçus qui reviennent au pays; et les Canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois. En sus, une couverture est fournie aux personnes venant de l'extérieur du Canada qui sont dans la province en vertu de permis de travail valables pour une période de 12 mois ou plus.

Dès le 1^{er} janvier 1993, le Nouveau-Brunswick a augmenté ses exigences par rapport au délai minimal de résidence à 183 jours afin de les faire concorder avec les exigences d'autres compétences. Une personne admissible peut être temporairement absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 182 jours pour une période de 12 mois, à moins qu'elle ne soit approuvée par le directeur du régime d'assurance-maladie. Les étudiants peuvent être temporairement absents annuellement quand ils font leurs études à temps complet dans une université ou dans un établissement à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence ailleurs. Les étudiants doivent en aviser annuellement le bureau d'assurance-maladie.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement, aux hôpitaux, des services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire concerné. Le paiement des services de consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut être fait directement à la personne, à l'établissement où les soins sont dispensés ou en vertu de facturation réciproque entre les hôpitaux. À l'exception du Québec, les services médicaux assurés fournis dans toutes les provinces et dans les territoires sont payés en vertu d'un accord de facturation réciproque au taux de la province ou du territoire d'accueil. Certains services choisis, dont le coût est élevé, sont payés au taux approuvé par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Tous les services hospitaliers autorisés et dispensés à l'étranger sont remboursés, en dollars canadiens, telles que soient les circonstances.

téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus au barème des honoraires; l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'un tiers; les immunisations, examens ou certificats à des fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou à la demande d'un tiers; d'autres services prescrits par les règlements administratifs ou les règlements médicaux régissant l'hôpital; les services dentaires dispensés par un médecin; la distance ou le temps des déplacements, sauf dans le cas où ils sont prévus dans le barème des honoraires; le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal; les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate; la psychanalyse; l'électrocardiographie lorsqu'elle n'est pas effectuée par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie; les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; l'acupuncture; et un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale.

Programme de médicaments sur ordonnance

En plus des services de santé de base assurés, le Nouveau-Brunswick offre également un programme de médicaments sur ordonnance aux résidents qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral ou qui sont jugés admissibles sur la foi d'une évaluation de leur revenu, aux pensionnaires d'un foyer de soins infirmiers enregistré, aux cas confirmés de fibrose kystique, aux personnes ayant besoin d'un traitement à la cyclosporine par suite d'une greffe, aux personnes ayant besoin d'hormones de croissance, aux personnes enregistrées auprès de la province pour la fourniture d'AZT et aux personnes recevant une aide au revenu.

Pour les personnes âgées qui ne sont pas admissibles à une couverture de médicaments sur ordonnance sans acquitter des frais mensuels, le programme de la Croix Bleue, Soins de santé pour les aînés, offre une couverture limitée, sur une base facultative sous réserve du paiement de primes, pour des prestations telles que les médicaments sur ordonnance, les services de chiropractie, les soins de la vue, les soins des pieds, les appareils auditifs, les orthèses, le matériel pour stomisés, les prothèses et les services d'ambulance, selon le régime choisi.

Services médicaux d'urgence

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le Programme de services d'ambulance qui octroie une aide financière pour les services d'ambulance dispensés aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux malades transférés d'un hôpital à un autre. En outre, des subventions sont accordées à ces services pour l'achat d'ambulances et d'équipement ou pour compenser les coûts de fonctionnement. Des fonds sont octroyés à un partenariat entre l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick et l'Ambulance Saint-Jean pour l'administration et la mise en œuvre du programme de formation des conducteurs d'ambulance, offert par cette dernière. Un transport aérien pour urgence médicale est fourni aux patients en phase critique, et un programme de rapatriement organisé et financé le retour dans un hôpital du Nouveau-Brunswick des patients qui ont dû être hospitalisés hors de la province.

Universalité

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes : les membres réguliers des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada; et les personnes des autres provinces ou territoires qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui sont admissibles à une protection en vertu de leur régime provincial ou territorial.

Régimes de services hospitaliers et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime de services hospitaliers

Les services aux malades hospitalisés auxquels les personnes admissibles ont droit correspondent aux services mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, y compris : l'hébergement et les repas en salle ordinaire; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres actes diagnostiques; les médicaments; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie et de physiothérapie, s'ils sont disponibles. Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic, là où ils existent; la radiothérapie; la physiothérapie; et les autres services de consultation externe offerts par les hôpitaux.

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services de diagnostic rendus au profit d'un tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérum ou de substances biologiques; les téléviseurs; les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; et tout service non visé par le barème provincial des services de médecins assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Les services fournis par le programme de l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick sont assurés. Aussi connu sous le nom de «*hospital at home*», l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme de prestation, aux malades à domicile, de soins actifs et palliatifs par des professionnels. Les patients sont admis sur recommandation de leur médecin; les médecins prennent les dispositions pour l'admission du patient, prescrivent le traitement et ordonnent le congé comme dans les hôpitaux conventionnels. En 1987-1988, la formule a été étendue, et le nombre total d'unités de l'hôpital extra-mural a été porté à 14. En 1992-1993, la formule a été de nouveau étendue, cette fois-ci à l'ensemble de la province. À partir du 1^{er} avril 1990, l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a élargi son éventail de services pour inclure les services de soins prolongés. Cet éventail de services a été défini comme étant la phase II du mandat du programme et faisait auparavant partie d'un service de santé publique.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme étant l'ensemble des services médicalement requis fournis par un médecin et certains services médicalement requis fournis par des chirurgiens-dentistes qualifiés dans un hôpital approuvé.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par

Paievements aux hôpitaux

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit : les hôpitaux présentent leurs prévisions budgétaires au ministre, qui est autorisé par règlement à les examiner et à les analyser. C'est à partir des prévisions approuvées que le régime détermine les paiements qui seront faits annuellement aux hôpitaux. En 1994-1995, la Nouvelle-Écosse comptait 3 516 lits d'hôpitaux. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts d'exploitation liés aux services dispensés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques se sont élevées à 710 millions de dollars. En tout, 11 millions de dollars ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province pour des services assurés dispensés à des résidents de la Nouvelle-Écosse. Le nombre total de congés de tous les hôpitaux s'est élevé à 120 028 et le nombre de jours-patients dans tous les hôpitaux a atteint 999 000.

Mode de paiement des soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés qu'ils dispensent aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins salariés et des médecins à contrat.

Rémunération raisonnable

La *Health Services and Insurance Act* autorise le Ministère à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la *Medical Society of Nova Scotia* et la *Nova Scotia Dental Association* et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par négociation.

En 1994-1995, des paiements totalisant 266 251 100 \$ ont été versés aux médecins de la Nouvelle-Écosse. Les paiements effectués par le Ministère pour des services médicaux dispensés à l'extérieur de la province se sont élevés à 3 246 288 \$.

Services complémentaires de santé

En avril 1993, la responsabilité des établissements de soins de longue durée (centres d'accueil et foyers pour personnes âgées) a été transférée du ministère des Services communautaires au ministère de la Santé. Les municipalités accordent de l'aide aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Le coût est pris en charge par les municipalités dans une proportion de 66,67 p. 100.

Le 1^{er} novembre 1993, le *Coordinated Home Care Program*, qui était auparavant administré conjointement par le ministère des Services communautaires et le ministère de la Santé, a été transféré au complet (à la fois l'élément des services d'aide à domicile et les soins infirmiers) au ministère de la Santé.

Le programme comprend des services d'aides familiales, de soins personnels, de soins infirmiers et de logement ainsi qu'une gamme de services de bénévoles destinés aux personnes âgées, aux personnes ayant un handicap et aux familles à risque. Les services infirmiers contractés sont fournis par les infirmières de l'Ordre de Victoria et par *Martha Home Health Care*. Les infirmières de santé communautaire du ministère de la Santé fournissent des services dans des régions non couvertes par les infirmières de l'Ordre de Victoria.

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé.

Depuis septembre 1991, le *Medical Services Insurance Plan* est administré sans but lucratif par une autorité formée de la *Insured Programs Management Branch* du ministère de la Santé et de la *Maritime Medical Care Incorporated*. À ce moment-là, la *Health Services and Insurance Commission* a été intégrée au Ministère. Les dispositions législatives rendant le changement officiel ont été adoptées en juin 1992. La *Maritime Medical Care Incorporated* est l'agent administratif et financier de la province pour le *Medical Services Insurance Program*. Pour chaque exercice, la *Maritime Medical Care Incorporated* doit préparer, à l'intention du ministre, un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Ses livres, dossiers et copies doivent porter sur ses tâches, fonctions et responsabilités en vertu de son entente avec le Ministère.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Ecosse effectue une vérification annuelle de tous les registres et livres comptables du ministère de la Santé et de la *Maritime Medical Care Incorporated* concernant les deux régimes.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie là où ils existent; et les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire et les examens radiologiques; les procédures de diagnostic à l'aide de produits radiopharmaceutiques; les électroencéphalographies; l'usage des installations d'ergothérapie et de physiothérapie lorsqu'il en existe; les soins infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; le sang ou les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales de moindre importance; les soins de jour aux diabétiques; les services autres que les services médicaux dispensés par la *Nova Scotia Hearing and Speech Clinic* et la *Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia* dans leurs locaux; les services d'échographie diagnostique; la nutrition parentérale à domicile; et l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques; et les services requis par un tiers (tel que les compagnies d'assurance) qui ne sont pas considérés médicalement nécessaires.

Le ministère de la Santé administre le Programme de dépistage de cancer du sein.

Mode de paiement des soins médicaux

Les praticiens présentent une demande de règlement à l'agence avec toute l'information requise pour la justifier, suivant les modalités du barème des honoraires. Ils doivent le faire dans les six mois qui suivent la date de la prestation de service. Si la demande est conforme à la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, le paiement est fait au médecin toutes les deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et la *Dental Association* ont donné lieu à la signature d'ententes concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période du 1^{er} avril 1993 au 31 mars 1995.

Au cours de 1994-1995, l'agence a versé un montant évalué à près de 28,853 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant des services médicaux hors de la province s'élevait à près de 2,529 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Les services complémentaires de santé sont fournis principalement par l'intermédiaire de la *Residential Services Branch* relevant des cinq autorités régionales du système de santé et de services communautaires. Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés principalement dans des résidences gérées par les autorités régionales et des centres d'accueil privés qui détiennent un permis. La *Health and Community Services Agency* verse aux régions, si nécessaire, des subventions pour 90 p. 100 des lits dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et 50 p. 100 des lits dans les centres d'accueil privés. Les fonds sont accordés en fonction de l'urgence des besoins évalués sur les plans fonctionnel et financier.

En vertu de la *Community Care Facilities and Nursing Homes Act* de 1988, une commission relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux est maintenant responsable de l'agrément des centres d'accueil privés. La *Health and Community Services Agency* fournit du personnel à la commission, effectue des inspections et évalue les clients afin de déterminer s'ils reçoivent les soins appropriés. Ce même processus d'évaluation est maintenant utilisé pour les clients qui reçoivent différents niveaux de soins dans tous les établissements de soins prolongés de la province.

En outre, les autorités régionales offrent des services d'aide à domicile.

Les services hospitaliers internes non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés, sous réserve de l'approbation préalable de la *Health and Community Services Agency*, à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total du taux payé au titre des services internes à l'hôpital, y compris la chambre, les repas et les services hospitaliers jugés médicalement nécessaires, et sont payables en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Les services hospitaliers externes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés selon les taux en vigueur à l'Île-du-Prince-Édouard ou, dans les cas où ils s'appliquent, selon les taux canadiens appropriés, en dollars canadiens.

Les services hospitaliers externes non urgents qui ne sont pas disponibles au Canada, sous réserve de l'approbation préalable de la *Health and Community Services Agency*, sont payés à un taux correspondant à l'intégralité des frais hospitaliers approuvés.

Les frais pour les services médicaux, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés, en dollars canadiens, selon le barème des honoraires de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les services médicaux non urgents qui ne sont pas offerts au Canada sont payés à 100 p. 100 si l'approbation préalable a été obtenue de la *Health and Community Services Agency*, et sont payés en devises appropriées, selon le pays d'origine.

Il faut obtenir une approbation préalable, par écrit, si le patient cherche à obtenir un traitement médical non urgent à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent en faire la demande.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents bénéficient de la protection intégrale du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de tous les avantages du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. En 1994-1995, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, soit 496 lits (nouveau-nés non compris). Il y a eu 30 476 admissions (nouveau-nés non compris) durant l'exercice, et le nombre de jours-patients s'est élevé à 163 614 (nouveau-nés non compris).

Paiements aux hôpitaux

L'agence établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et effectue les paiements essentiellement toutes les deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget au cours de l'année ou bien sont examinées en vue de leur approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'exercice 1994-1995, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 84 070 032 \$ pour les frais d'immobilisation et d'exploitation. Un montant estimatif de 2 603 546 \$ a aussi été versé pour d'autres services tels les services d'ambulance et les services de transfusion sanguine. L'agence a payé un montant évalué à 12 460 808 \$ pour les services hospitaliers dispensés hors de la province.

ne soient autorisés par l'agence; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* de la province; et tout autre service que l'agence peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

En plus des services de santé assurés de base, la province fournit les services suivants : un programme de services d'ambulance subventionnés dans le cadre duquel des subventions sont accordées aux exploitants de services d'ambulance afin de réduire les frais que les résidents de la province doivent assumer; les soins dentaires courants pour les enfants; un programme de prothèses oculaires pour les enfants et les jeunes de 18 ans ou moins; et un régime d'aide pour l'achat de médicaments pour les personnes âgées et certains groupes.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Toute personne qui habite en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres réguliers des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes détenant un visa d'étudiant, qui est inscrite aux régimes et qui a fourni à l'agence tous les renseignements requis, est admissible à la protection des régimes. L'admissibilité est fondée sur l'état de résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard et le respect de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Aucune prime n'est exigée.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois qui suit la date où elle a élu domicile.

À condition qu'ils s'inscrivent conformément au règlement, les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints des citoyens canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois, les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ainsi que les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ont droit à la protection du régime une fois que la date d'établissement de la résidence est fixée.

Les absences régulières de moins de six mois par année sont permises pourvu que la résidence permanente ne change pas. Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation de six mois de couverture à la condition d'en aviser l'agence par écrit. Les étudiants doivent retourner dans la province au moins une fois durant une période de 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents de la province, mais encore au Canada, verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province ou le territoire où les services ont été dispensés (province ou territoire d'accueil), à condition que les services rendus soient conformes à ce que prévoient les règlements relatifs à la nécessité médicale.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes, en cas d'urgence ou de maladie subite, sont payés en dollars canadiens, à un taux ne dépassant pas le taux quotidien de l'hôpital Queen Elizabeth, à Charlottetown.

Ile-du-Prince-Édouard

Gestion publique

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par la *Health and Community Services Agency*. L'agence relève de la législation provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes et les opérations financières.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Ile-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie la où ils existent.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés : les radiographies pulmonaires au moment de l'admission à l'hôpital; les examens sérologiques de la syphilis; les commodités personnelles, comme le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; et les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés par un malade hospitalisé ou un patient externe après le congé de l'hôpital.

En plus des prestations d'hospitalisation assurées, l'Ile-du-Prince-Édouard fournit un programme de prothèses mammaires.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecin et de chirurgie dentaire nécessaires (par exemple, extraction chirurgicale de dents incluses, résection de racines) fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquelx donnent droit d'autres lois provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par l'agence; les ordonnances ou les conseils délivrés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'un traitement anticoagulant; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que l'agence ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'interment dans un établissement psychiatrique ou dans un établissement de désintoxication; les témoignages en cour; la chirurgie esthétique, à moins qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autre matériel apparenté; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropractie, la podiatrie, l'opiométrie, la chiropratie, l'ostéopatie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et autres traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fécondation *in vitro* (partiellement couverte); les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin traitant est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate, à moins qu'ils

Services complémentaires de santé

Le ministère provincial de la Santé assure la prestation d'un éventail complet de soins institutionnels de longue durée, de soins aux adultes en établissement et de soins prolongés, dans

l'ensemble de la province.

En 1993, le gouvernement a amorcé un important programme de regroupement des services de santé communautaires sous l'autorité des conseils de santé communautaires régionaux. En réorganisant et en consolidant les services communautaires, le ministère de la Santé voulait accroître la pertinence des services de prévention, de soutien et de soins à domicile, pour qu'ils aident véritablement les gens à éviter la maladie et qu'ils retardent le recours aux soins en établissement ou qu'ils en réduisent la

nécessité.

Dans les limites de leur mandat, les conseils régionaux mettront en place un système de guichet unique pour les services de soins prolongés. Ceci facilitera la coordination et la prestation d'une vaste gamme de services professionnels et de services de soutien aux clients des centres de santé communautaires. Ces services comprennent entre autres les soins à domicile, l'évaluation et le placement, le soutien à l'école et à domicile, les soins palliatifs, les interventions en cas d'urgence, les services de réadaptation et de relèvement.

Le ministère des Services sociaux fournit également des services de soutien à domicile dans le cadre de programmes d'assistance sociale.

type reçoivent l'approbation préalable du ministère de la Santé. Le médecin traitant doit alors communiquer avec le ministère de la Santé et le régime de soins médicaux. Toutefois, il est recommandé que le médecin obtienne l'approbation préalable de la part du régime, afin d'informer le patient des repercussions financières des services devant être fournis. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander le consentement préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour les traitements faisant partie des services non urgents dispensés à l'étranger si ces services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois qui suit le mois de leur départ. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui élisent domicile dans un autre pays.

Accessibilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. Le nombre total de lits dotés en personnel et utilisés se chiffre à 1 940, et il y a eu 554 732 jours-patients durant l'exercice.

Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et augmenter le nombre de médecins spécialistes. Durant l'exercice 1994-1995, le régime de soins médicaux a versé 106 316 \$ dans le cadre de ce plan.

Paielements aux hôpitaux

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par la *Hospital Services Division*. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas acceptés comme remboursement, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. En 1994-1995, le régime provincial a versé 456 436 000 \$ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve. Les paiements pour les services hospitaliers à l'extérieur de la province se sont élevés à 16 374 000 \$.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu du barème d'honoraires de la *Newfoundland Medical Care Commission*. Chaque année, le montant total des versements est révisé à la baisse de manière respecter les limites du budget négocié.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés de temps à autre entre la *Medical Care Commission* du gouvernement provincial et la *Newfoundland Medical Association*.

Au cours de 1994-1995, le gouvernement provincial a versé 132 517 172 \$ aux médecins de la province. Ce montant comprend les versements aux médecins salariés, qui totalisent 27 127 328 \$, ainsi que 106 316 \$ de paiements d'incitation, dans le cadre du plan d'incitation susmentionné. Pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province, la Commission a versé 3 760 265 \$.

Transférabilité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui arrivent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve, de même que les membres libérés des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus libérés des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime de soins médicaux est exigée aux fins de couverture. En sus, une couverture immédiate est fournie aux personnes venant de l'étranger qui sont autorisées à travailler pour un an ou plus.

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Une personne peut prendre jusqu'à huit mois de vacances annuelles pourvu qu'elle demeure dans la province pendant quatre mois de l'année.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la «facturation réciproque», entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts des consultations externes sont payés aux taux interprovinciaux ou interterritoriaux approuvés.

À l'exception du Québec, le paiement des services médicaux assurés fournis dans toute autre province ou dans un territoire est effectué en vertu d'une entente de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Les demandes d'indemnités du Québec sont également remboursées au taux de la province ou du territoire d'accueil, mais le patient les présente directement à la Newfoundland Medical Care Commission sans tenir compte de l'entente de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers internes et externes à l'extérieur du pays sont remboursés en cas d'urgence ou de maladie subite. Il en va de même pour les services non urgents, à condition qu'ils ne soient pas offerts dans la province ni ailleurs au pays.

Le maximum payable dans le cadre du régime étatique d'assurance-hospitalisation pour les soins hospitaliers dispensés à des patients hospitalisés à l'étranger est de 350 \$ par jour, si les services assurés sont fournis par un hôpital communautaire ou régional. Si les services assurés sont fournis par un hôpital de soins tertiaires, soit un établissement hautement spécialisé, le taux approuvé est de 465 \$ par jour. Le taux approuvé pour les services externes est de 62 \$ par visite et le taux approuvé pour chaque traitement d'hémodialyse est de 215 \$. Les taux pour les services externes et l'hémodialyse sont les mêmes que les taux versés aux hôpitaux canadiens pour ces types de services. Les taux approuvés sont versés en devises canadiennes et seront révisés annuellement.

Les services médicaux sont couverts pour les urgences et les maladies subites et sont aussi assurés pour les services non urgents quand ils ne sont pas disponibles dans la province ou au pays. Ils sont payés au même tarif qui s'appliquerait à Terre-Neuve pour le même service. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve, ils sont habituellement remboursés aux taux de l'Ontario, ou aux taux qui s'appliquent dans une province où les services sont disponibles.

Si un résident de la province doit obtenir des soins hospitaliers spécialisés à l'étranger parce que les services assurés ne sont pas offerts au Canada, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût de ces services. Toutefois, il est nécessaire, dans ce cas, que les demandes de consultation de ce

pas disponible dans la région où ils demeurent, ou dans la province, ont droit à une aide financière en vertu du *Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ne sont pas admissibles à des prestations d'aide sociale et qui sont adressés par un médecin spécialiste, pour une greffe d'organe ou de moelle osseuse, dans un centre médical canadien approuvé ont droit à une aide financière en vertu du *Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Régime de soins médicaux

Les services assurés regroupent une vaste gamme de services dispensés pour des raisons médicales par des médecins généralistes et spécialistes : les consultations au cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations, dont l'anesthésie et les services de radiologie. Un nombre limité de services de chirurgie dentaire administrés à l'hôpital sont couverts en vertu du régime, y compris l'administration de l'anesthésie générale pour ces procédures ainsi que d'autres procédures de chirurgie dentaire non assurées et administrées à l'hôpital.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la distribution, par un médecin, de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux et la délivrance d'ordonnances; les examens comme ceux qui sont requis pour l'embauche ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les lunettes; les médicaments, les vaccins, et le coût du matériel; les services dispensés par des praticiens tels que les optométristes, les chiropraticiens, les podiatres, les ostéopathes, les prothésistes dentaires, les psychologues, les physiothérapeutes, les audiologistes et le personnel paramédical; les services d'ambulance et les autres modes de transport des malades; les comparutions en cour; tout service dispensé par un médecin à son conjoint et à ses enfants; le temps ou les frais de déplacement requis pour visiter un bénéficiaire; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les vaccinations avant un voyage; la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ou les conseils donnés par téléphone; ainsi que les services assurés en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre loi fédérale ou provinciale.

Régime de soins dentaires

En plus des services de santé assurés de base, le gouvernement provincial offre un régime de soins dentaires à l'intention des enfants.

Régime de subventions de médicaments pour aînés

Le ministère provincial de la Santé prend en charge une partie des coûts des médicaments pour tous les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits au programme de la Sécurité de la vieillesse.

Universalité

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents assurés de la province bénéficient des deux régimes, à l'exception des membres permanents des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Aucune prime n'est exigée. Cependant, il faut s'inscrire au régime de soins médicaux et être en possession d'une carte valide pour avoir accès aux services assurés.

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la

province.

Le régime de soins médicaux est géré par la *Newfoundland Medical Care Commission*,

organisme public mis en place par le gouvernement provincial et relevant du ministre de la Santé. Les

deux régimes sont gérés sans but lucratif et toutes les opérations financières sont vérifiées par le

Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services de consultation externe. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires tels que : l'hébergement et les repas selon le régime standard ou de salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic, y compris les isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services de consultation externe englobent : les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs; les électro-encéphalogrammes; les cardiogrammes et la détermination du métabolisme basal; l'usage des installations de physiothérapie et de radiothérapie, y compris les isotopes radioactifs, là où elles existent; la consultation externe et les visites d'urgence; et les salles d'opération, y compris les fournitures, les plaques, les médicaments, ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales disponibles à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou autre avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (dispositions prises par le patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les radiographies ou autres services requis pour des raisons non médicales servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les médicaments et les appareils prescrits pour usage à domicile après le départ de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio à moins qu'ils ne soient utilisés aux fins d'enseignement; les échasses en fibre de verre; les services auxquels le patient a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; et les services liés aux avortements thérapeutiques hors du Canada.

Le ministère de la Santé gère l'*Emergency Air Ambulance Program* pour le transport des patients à l'intérieur de la province et vers des hôpitaux à l'extérieur de la province, lorsque cela s'impose. Le programme prévoit également le transport des patients, du personnel médical et du matériel à partir de collectivités isolées ou vers des collectivités isolées. Le *Ground Emergency Ambulance Program* vise à favoriser l'accès des résidents à des services d'ambulance à un prix raisonnable. Dans les deux cas, les usagers sont tenus de payer des frais de participation.

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ne sont pas admissibles à des prestations d'aide sociale et qui ont été adressés à un centre médical approuvé pour subir un traitement qui n'est

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est alimentée par des contributions fédérales et provinciales et est également gérée par la Division de l'assurance-santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1994-1995, aucun versement n'a été effectué. Le solde de clôture au 31 mars 1995 était de 28 386,44 \$.

En plus d'être chargés de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, les responsables de la Division ont coordonné des activités et consulté leurs homologues provinciaux sur des questions liées à cette loi, par l'entremise de mécanismes tels que le Comité consultatif fédéral-provincial des services de santé. Ce Comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il regroupe des responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral.

Renseignements

Au chapitre de l'échange d'information, les ministres conviennent qu'il est préférable d'utiliser à pleine capacité les moyens existants et, au besoin, d'offrir ces systèmes d'échange mutuels. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* a été promulgué par le Gouvernement en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les états annuels sont fournis par les ministres provinciaux de la Santé. Ces états décrivent les opérations des régimes provinciaux en ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé* et sont intégrés à ce rapport.

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

La Loi canadienne sur la santé stipule :

«que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens.»

Le principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la Loi conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La Loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de

santé assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19 (2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement. S'il est établi que la surfacturation ou des frais modérateurs ou les deux sont perçus dans une province, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale. Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Le montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas les renseignements requis par le règlement, le montant déduit est celui que le ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20 (1), 20 (2) et 20 (3) de la Loi.

Le paragraphe 20 (5) de la Loi incitait les provinces à éliminer dès le début la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, une province qui mettait fin à la surfacturation ou aux frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la Loi, c'est-à-dire avant le 1^{er} avril 1987, avait droit au remboursement du montant total des déductions effectuées. Toutes les provinces où des frais aux usagers avaient cours ont effectivement établi ou révisé leurs lois, règlements ou pratiques de manière à se conformer aux conditions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs à la date prescrite. En conséquence, les montants retenus ont été remboursés aux provinces selon les termes de la Loi. Les déductions effectuées à partir du 1^{er} avril 1987 ne devaient pas être remboursées.

Loi canadienne sur la santé – Administration

La Loi canadienne sur la santé vise à garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions et les critères auxquels doivent se conformer les provinces et les territoires pour obtenir leur part intégrale des paiements de transfert au titre des services de santé.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux auxquels les provinces ont droit au chapitre des programmes de soins de santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la Loi, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et les frais modérateurs.

Au nom du ministre, la Division de l'assurance-santé effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions et critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* sont respectés. Ainsi, au cours de l'année qui nous intéresse, un certain nombre de situations portant à croire qu'il pouvait y avoir non-conformité à la Loi ont été mises en évidence et les problèmes ont été résolus par la suite, alors que d'autres questions sont encore à l'étude. La Division s'occupe aussi de consultation, d'analyse et d'administration dans le cadre de l'application de la Loi.

Tableau IV

Sommaire des déductions en application de la Loi Canadienne sur la santé

	1992-1993			1993-1994			1994-1995		
	Surfactu- ration	Frais modérateurs	Total	Surfactu- ration	Frais modérateurs	Total	Surfactu- ration	Frais modérateurs	Total
Terre Neuve	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nouvelle-Écosse	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nouveau-Brunswick	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Québec	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ontario	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manitoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saskatchewan	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alberta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colombie-Britannique	0	83 000	83 000	0	1 223 000	1 223 000	0	676 000	676 000
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Territoire du Yukon	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANADA	0	83 000	83 000	0	1 223 000	1 223 000	0	676 000	676 000

Note : La surfacturation pour les exercices 1992-1993 et 1993-1994 a été déduite des paiements de transfert de 1994-1995.

Division de l'assurance-santé
Direction des affaires intergouvernementales
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada

ERRATA

Les titres «SURFACTURATION» et «FRAIS MODÉRATEURS» dans les colonnes 1992-1993, 1993-1994, 1994-1995 doivent être inversés pour lire d'abord FRAIS MODÉRATEURS et ensuite SURFACTURATION. Ainsi, tous les montants déduits doivent apparaître sous les colonnes titrées«surfacturation».

Tableau III

Paiements en espèces effectués au titre des contributions
aux programmes des soins de santé — 1994-1995
(en milliers de dollars)

	Services complémentaire de santé	Total des contributions
Services de santé assurés		
Terre-Neuve	29 934	175 825
Ile-du-Prince-Edouard	6 988	41 033
Nouvelle-Ecosse	48 204	282 314
Nouveau-Brunswick	39 196	229 565
Québec	372 247	1 353 702
Ontario	560 992	2 962 489
Manitoba	58 374	341 737
Saskatchewan	52 319	306 451
Alberta	140 086	761 523
Colombie-Britannique	188 997	1 037 194
Territoires du Nord-Ouest	3 322	16 988
Territoire du Yukon	1 474	8 947
CANADA	1 502 133	7 517 768

Note : Les montants englobent les ajustements des années précédentes, et les déductions le cas échéant.

Division de l'assurance-santé
Direction des affaires intergouvernementales
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada

Tableau II

État des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels
au titre des contributions fédérales aux services des soins de santé
(en milliers de dollars)

	Droits pécuniaires pour 1991-1992 Résultat du rajustement final en date du 7 octobre 1994				Droits pécuniaires pour 1992-1993 Résultat du 4 ^e rajustement int. en date 1 ^{er} mars 1995				Droits pécuniaires pour 1993-1994 Résultat du 2 ^e rajustement int. en date 1 ^{er} mars 1995						
	Services assurés		Services complé- mentaires de santé	Total	Services assurés		Services complé- mentaires de santé	Total	Services assurés		Services complé- mentaires de santé	Total			
	Comptant	Fiscaux			Comptant	Fiscaux			Comptant	Fiscaux					
Terre-Neuve île-du-Prince-Édouard	142 075	131 835	273 910	29 587	303 497	145 997	129 534	275 531	29 762	305 293	144 470	131 533	276 003	29 813	305 816
Nouvelle-Écosse	32 092	29 781	61 873	6 683	68 556	32 938	29 225	62 163	6 715	68 878	32 909	29 963	62 872	6 791	69 663
Nouveau Brunswick	224 708	208 514	433 222	46 795	480 017	231 297	205 216	436 513	47 151	483 664	230 118	209 512	439 630	47 488	487 118
Ontario	183 282	170 074	353 356	38 169	391 525	188 446	167 198	355 644	38 416	394 060	186 824	170 095	356 919	38 533	395 472
Manitoba	992 996	2 349 360	3 342 356	361 032	3 703 388	1 052 597	2 324 057	3 376 654	364 737	3 741 391	1 032 117	2 379 823	3 411 940	368 548	3 780 488
Saskatchewan	2 223 017	2 717 390	4 940 407	533 649	5 474 056	2 356 752	2 665 339	5 022 091	542 472	5 564 563	2 367 199	2 732 785	5 099 984	550 886	5 650 870
Alberta	272 522	252 880	525 402	56 752	582 154	279 853	248 298	528 151	57 049	585 200	278 110	253 206	531 316	57 391	588 707
Colombie-Britannique	246 641	228 864	475 505	51 363	526 868	232 422	223 958	476 380	51 457	527 837	250 121	227 723	477 844	51 615	529 459
Territoires du Nord-Ouest	605 627	621 018	1 226 645	132 499	1 359 144	634 416	614 706	1 249 122	134 927	1 384 049	619 987	648 455	1 258 442	137 014	1 405 456
Territoire du Yukon	787 371	805 482	1 592 853	172 055	1 764 908	811 837	826 892	1 638 729	177 011	1 815 740	822 096	862 594	1 684 690	181 975	1 866 665
CANADA	12 814	16 014	28 828	3 114	31 942	14 049	15 427	29 476	3 184	32 660	13 558	16 390	29 948	3 235	33 183
	7 005	6 669	13 674	1 477	15 151	7 174	7 091	14 265	1 541	15 806	7 528	6 832	14 360	1 551	15 911
	5 730 150	7 537 881	13 268 031	1 433 175	14 701 206	6 007 778	7 456 941	13 464 719	1 454 422	14 919 141	5 985 037	7 668 911	13 653 948	1 474 860	15 128 808

Division de l'assurance-santé
Direction des affaires intergouvernementales
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada

Tableau I

Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé — 1994-1995 (en milliers de dollars)

Services de santé assurés	Services complémentaires de santé		Total	Services de santé assurés		Total des contributions
	Services complémentaires de santé	Services de santé assurés		Transferts fiscaux	Contributions pécuniaires	
Terre-Neuve	139 225	135 975	275 200	29 726	304 926	15 299 589
Ile-du-Prince-Edouard	32 118	31 368	63 486	6 858	70 344	
Nouvelle-Ecosse	223 939	218 714	442 653	47 814	490 467	
Nouveau-Brunswick	181 402	177 170	358 572	38 732	397 304	
Québec	954 613	2 484 110	3 438 723	371 441	3 810 164	
Ontario	2 295 002	2 863 650	5 158 652	557 223	5 715 875	
Manitoba	270 204	263 899	534 103	57 692	591 795	
Saskatchewan	242 842	237 175	480 017	51 850	531 867	
Alberta	602 039	680 668	1 282 707	138 554	1 421 261	
Colombie-Britannique	823 803	905 573	1 729 376	186 802	1 916 178	
Territoires du Nord-Ouest	13 319	17 054	30 373	3 281	33 654	
Territoire du Yukon	7 033	7 185	14 218	1 536	15 754	
CANADA	5 785 539	8 022 541	13 808 080	1 491 509		

Note : Les montants n'incluent pas les ajustements des années précédentes ou les déductions le cas échéant.

Division de l'assurance-santé
Direction générale des politiques et de la consultation
Santé Canada

Ministère des Finances
le 1^{er} mars 1995

Deuxième rajustement visant l'avance autorisée

Les tableaux suivants indiquent les contributions fédérales auxquelles les provinces ont droit au titre de l'assurance-santé sous forme de paiements en espèces ou de transferts fiscaux, de même que la valeur réelle des contributions en espèces versées en 1994-1995.

Le tableau I est un relevé des droits pécuniaires versés aux provinces pour l'exercice

1994-1995. Ces données ne sont pas définitives, étant donné que l'information nécessaire pour

effectuer les calculs finals ne sera pas disponible avant 1996.

Le tableau II indique la quote-part annuelle des provinces. Ces montants représentent les

chiffres les plus récents pour les trois années précédentes pour lesquelles seules celles de 1991-1992

sont des données définitives.

Le tableau III indique les paiements totaux versés aux provinces au cours de l'exercice

1994-1995. Les montants représentent les transferts nets des droits en espèces versés aux provinces en

1994-1995 ainsi que les rajustements des années précédentes et, le cas échéant, les déductions au titre

de la surfacturation et des frais modérateurs. Ces rajustements correspondent aux corrections

provisaires apportées aux sommes versées aux provinces et dont le montant définitif ne sera établi que

trois ans plus tard. Les différences sont payées en un ou plusieurs versements qui sont inclus dans les

transferts mensuels en espèces versés dans le ou les mois qui suivent les calculs.

Le tableau IV est un sommaire des déductions effectuées en vertu de la *Loi canadienne sur la*

santé.

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. En vertu de ladite loi, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par habitant, dans le domaine de la santé (523,39 \$ par habitant en 1994-1995). Cette contribution augmente chaque année et est calculée d'après la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut (PNB) nominal par habitant. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par habitant, pour 1975-1976, des contributions fédérales versées aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. On multiplie ensuite cette valeur par le nombre d'habitants de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui sera versée à la province.

Au cours des années passées, des modifications ont été apportées au facteur d'indexation à cause des restrictions budgétaires fédérales. En 1986-1987, le taux de croissance du *Financement des programmes établis* (FPE) a été limité au taux de croissance déterminé par le facteur d'indexation, moins deux points de pourcentage. Le 20 février 1990, le budget fédéral a gelé les paiements de transfert par habitant pour les exercices 1990-1991 et 1991-1992, le montant des paiements de transfert changera que, pour les exercices 1990-1991 et 1991-1992, le montant de la population de chaque province, soit une augmentation estimée à un pour cent à l'échelle nationale. Le 26 février 1991, le budget a prolongé ce gel au niveau de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. Pour l'exercice 1995-1996, des modifications apportées à la législation feront en sorte que les contributions versées en vertu du FPE seront augmentées en fonction du facteur d'indexation, moins trois points de pourcentage.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en espèces et en un transfert fiscal égalisé. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces en vertu du FPE. En vertu de la partie VII de la Loi, le Québec a reçu un abatement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la *Loi sur les programmes établis (accords provinciaux)*.

Pour déterminer les montants payables aux provinces pour les soins de santé, on établit d'abord la valeur totale du transfert d'impôt. Ensuite, ce transfert fiscal égalisé est déduit de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, au titre des services de santé assurés. La différence est versée à chaque province sous forme de contribution mensuelle en espèces, si le régime provincial satisfait aux critères et conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces reçoivent également un montant égal par habitant pour les services complémentaires de santé. Ces services sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ce montant, qui était établi à 20 \$ par habitant en 1977-1978, est augmenté chaque année selon le même facteur de progression que le facteur utilisé pour les contributions en matière de santé. En 1994-1995, ce montant était de 51,02 \$ (ce montant fait partie de la contribution par habitant de 523,39 \$ mentionnée ci-dessus). Cette somme est payable aux provinces, pourvu qu'elles respectent les deux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, en ce qui a trait à l'obligation pour le gouvernement de la province de communiquer des renseignements et de faire état des contributions.

Ce n'est que si le Gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de satisfaire à l'un des critères ou l'une des conditions, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

La Loi peut, par règlement, prendre toute mesure d'application concernant :

- a) *Les services complémentaires de santé*
Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définiraient de façon plus détaillée les services considérés par la Loi comme des «services complémentaires de santé». Il est précisé dans le texte législatif que les règlements ne peuvent être adoptés qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient essentiellement les mêmes que les règlements adoptés en vertu de la Loi de 1977.
- b) *Les services exclus des services hospitaliers*
Suivant la définition contenue dans la Loi (article 2), les services hospitaliers englobent tous les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services expressément exclus par les règlements.
En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'«exclusion» de certains services. Les règlements de la Loi canadienne sur la santé concernant les services exclus des services hospitaliers auraient pour objet de maintenir les précédents établis et d'énumérer les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne seraient pas considérés comme des services hospitaliers assurés.
En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il ne peut être établi de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province. Jusqu'à maintenant, aucun règlement du type décrit en a) et b) n'a été promulgué.
- c) *L'information*
Le genre de renseignements dont le ministre peut avoir besoin aux fins de la présente loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs constitue un tel règlement.
- d) *La reconnaissance des contributions et montants versés par le Canada*
Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la Loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

- Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent être pris en charge de la façon suivante :
- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être conforme au taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe d'autres accords entre les provinces. Un consentement préalable peut être nécessaire pour les services facultatifs; le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.
 - Un consentement préalable peut être également nécessaire pour les services facultatifs.

e)

Accessibilité

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit :

- prévoir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et prévoir aux assurés un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autre;
- prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- prévoir le versement de montants aux hôpitaux relativement au coût des services de santé assurés.

Conditions

En plus des critères susmentionnés, pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant versé à l'égard des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions suivantes :

- fournir les renseignements dont le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social peut avoir besoin pour l'application de cette loi et qu'il peut déterminer par règlements;
- faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prescrite par les règlements.

Autres dispositions

Il y a aussi des dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs qui sont décrites aux articles 18 et 19.

La Loi canadienne sur la santé prévoit également un processus de consultation dans le cas de questions de conformité en ce qui concerne les critères ou les renseignements et les conditions de visibilité. Dans le cas où le ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne respecte pas un critère ou les conditions relatives à la communication des renseignements et à la reconnaissance de l'apport fédéral, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au Gouvernement en conseil, le ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a pour raison d'être :

«d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.»

Ces critères et conditions, ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, sont exposés aux articles 7 à 12 de même qu'aux articles 13, 18 et 19 de la Loi. Les critères et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés et non aux services complémentaires de santé. Seules les conditions de versement, qui sont énoncées à l'article 13, s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés définis par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires qui ne peuvent être fournis que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être fournis convenablement que dans un hôpital.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en centre d'accueil, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Les services font partie d'une gamme complète de programmes sanitaires et sociaux. Ils sont offerts, par l'entremise de différents établissements et programmes communautaires et institutionnels, aux résidents d'une province quelconque. La plupart des bénéficiaires de ces services sont âgés de 65 ans et plus.

Afin de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la Loi de 1977 (*Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*), chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux critères et conditions qui suivent :

Critères

- a) *Gestion publique*
Aux termes de l'article 8, le régime d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.
- b) *Intégralité*
Aux termes de l'article 9, le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.
- c) *Universalité*
L'article 10 prévoit que 100 p. 100 des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.
- d) *Transférabilité*
Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, la province d'origine doit assumer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence ne dépassant pas trois mois.

Introduction

La Loi canadienne sur la santé a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, abolissait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Subséquemment, des modifications ont été apportées à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis; la nouvelle loi s'appelle maintenant Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé, à savoir :

«Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celles-ci suivant son achèvement»

Les provinces¹ sont tenues de fournir les renseignements que le ministre juge nécessaires sur le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé en rapport avec les critères et conditions définis dans la Loi.

Une grande partie du présent rapport est consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les critères et conditions énoncés dans la Loi. Cette description est suivie dans chaque cas d'un aperçu des services complémentaires de santé offerts, conformément aux exigences de la Loi.

Le rapport résume également les principales dispositions de la Loi, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement.

Quant à l'information quantitative, on peut obtenir de plus amples renseignements auprès d'organismes tels que la Direction générale de la politique et de la consultation de Santé Canada, et auprès de Statistique Canada.

¹Toutte référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

Table des matières

Page

Introduction	4
--------------	---

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Critères	5
Conditions	6
Autres dispositions	6
Règlements	7

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé	8
Contributions et versements aux provinces	9
Tableau I	
Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé — 1994-1995	10
Tableau II	
Etat des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels au titre des contributions fédérales aux services de soins de santé	11
Tableau III	
Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé — 1994-1995	12
Tableau IV	
Sommaire des déductions en application de la Loi canadienne sur la santé	13
Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs	14
Loi canadienne sur la santé - Administration	14
Renseignements	15

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Terre-Neuve	16
Ile-du-Prince-Edouard	21
Nouvelle-Ecosse	25
Nouveau-Brunswick	29
Québec	34
Ontario	39
Manitoba	44
Saskatchewan	49
Alberta	54
Colombie-Britannique	60
Yukon	66
Territoires du Nord-Ouest	70

Avant-propos

L'exercice 1994-1995 a été important pour le système canadien de soins de santé. Dans l'avant-propos du dernier *Rapport annuel de la Loi canadienne sur la santé*, j'ai signalé l'engagement du gouvernement à l'égard des principes de cette loi. Cette année, je suis fier de déclarer que nous avons pris des mesures pour remplir cet engagement et que nous continuons à appliquer une approche conséquente, cohérente et globale au règlement des questions laissées en suspens. Notre détermination à préserver le système de soins de santé s'est déjà manifestée par l'annonce que nous avons faite quant à notre intention de stabiliser les contributions financières que nous versons aux provinces et territoires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, par l'application de notre politique sur les frais d'établissements imposés par certaines cliniques privées et par les réductions des transferts à la Colombie-Britannique à cause de la surfacturation.

Pour la première fois depuis 1987, des réductions de paiements de transfert apparaissent dans le rapport de la *Loi canadienne sur la santé*. De mai 1994 à septembre 1995, 2 025 millions de dollars ont été soustraits des paiements de transfert à la Colombie-Britannique, où des médecins ont pratiqué la surfacturation. Les déductions postérieures au 31 mars 1995 figureront dans le rapport de 1995-1996. Je tiens à signaler que la Colombie-Britannique a adopté une loi qui interdit la surfacturation par les médecins depuis le 30 septembre 1995.

Mes préoccupations face à l'apparition d'un système de santé à deux paliers et à l'imposition de frais d'établissements par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires m'ont amenée à faire parvenir ma lettre d'interprétation, le 6 janvier 1995, aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. Dans cette lettre, j'énonçais la nouvelle politique du gouvernement fédéral à l'égard des frais d'établissements dans les cliniques privées. Je donnais aux provinces et territoires plus de neuf mois — jusqu'au 15 octobre 1995 inclusivement — pour mettre fin à la perception de frais d'établissements par les cliniques privées pour des services assurés médicalement nécessaires. À compter de cette date, les provinces et les territoires qui n'avaient pas pris de mesures pour éliminer de tels frais versaient leurs paiements de transfert réduits. L'enjeu de cette politique est le maintien de l'égalité d'accès aux services médicalement nécessaires. Comme l'a souligné le Premier ministre à la Chambre des communes le 20 septembre 1995, nous voulons les mêmes services de santé pour tous.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans le maintien de normes nationales en matière de soins de santé. Les sommes que nous transférons aux provinces et aux territoires sont substantielles, et nous nous sommes engagés à faire en sorte que ces transferts soient stables et constants. Ce n'est là qu'un exemple de notre engagement à l'égard des soins de santé. Il faut mentionner également les efforts que nous déployons, de concert avec les provinces et les territoires et les autres intervenants, dans les domaines de la recherche, de l'information relative à la santé, de la prévention, de la promotion de la santé et du renouvellement du système de santé.

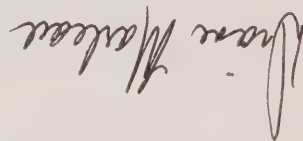
Nous ne reviendrons pas sur notre engagement à préserver l'assurance-santé. Nous continuerons à assurer aux Canadiens et aux Canadiennes l'accès à un système de santé de qualité, adapté à leurs besoins, efficace et dont le coût est abordable.

*Son Excellence le très honorable Roméo Leblanc, Gouverneur
général et Commandant en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de
la Loi canadienne sur la santé pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 1995.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond
respect.



Diane Marleau

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

On peut obtenir la présente publication (en format électronique ou en gros caractères) sur demande.
©Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1995
Cat. H1-4/1995
ISBN 0-662-62059-3

Loi canadienne sur la santé Rapport annuel 1994-1995

